MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde

Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS

Série J. Cadernos

2.ª edição revista e atualizada
3.ª reimpressão

Brasília – DF
2003

© 2000. Ministério da Saúde.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Série J. Cadernos – MS
Série Cadernos Técnicos – CNS
Tiragem: 2.ª edição revista e atualizada – 3.ª reimpressão – 2003 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício anexo, ala B, 1.º andar, sala 128 a 147
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 225 6672 / 226 8803 / 315 2150 / 315 2151
Faxes: (61) 315 2414 / 315 2472 / 315 2559
E-mail: cns@saude.gov.br
Home page: conselho.saude.gov.br

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.
Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. rev. e atual., 3.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

112 p. – (Série J. Cadernos – MS) – (Série Cadernos Técnicos – CNS)

ISBN 85-334-0590-1

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. SUS (BR). I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM W 76

Catalogação na fonte – Editora MS

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home Page: htpp://www.saude.gov.br/editora

EQUIPE TÉCNICA

Elaboração:
Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH/CNS)

Coordenador da CIRH:
Gilson Cantarino O'Dwyer (CNS)

Coordenador Adjunto:
Temístocles Marcelos Neto (CNS)

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
Eucléa Gomes Vale
Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira Santana

CNTS – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde
João Rodrigues Filho
José Paulo Goulart

CNTSS – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social
Temístocles Marcelos Neto

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Carmem Cecília de Campos Lavras
Maria Tereza Dalla F. M. Porto

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Caterine Dossis Perillo
Fábio Murilo Botelho

Entidades de Portadores de Patologias e Deficiências
Antônio Carlos Gomes Mota
Climério Rangel dos Santos

FENAM – Federação Nacional dos Médicos
Jorge Luiz do Amaral
José Alberto Hermógenes de Souza

Núcleo de Estudos e Pesquisa de RH da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
Maria Helena Machado
Sérgio Tavares de Almeida Rego

Ministério da Educação e do Desporto
Antônio Leonel da Silva Cunha
Jane Fátima Fonteneles de Souza

Ministério da Saúde – Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS
Antônio Renato Costa e Silva
Rubio Cezar da Cruz Lima

Outros Profissionais de Nível Superior da Saúde
Conceição Aparecida Pereira Rezende
Luís Roberto Augusto Noro

MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO DO SUS:

Coordenador da Mesa:
João Batista Militão

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Ângela Maria Pessoa de Oliveira
David Braga Júnior
Lúcio Borges Barcelos
Neilton Araújo de Oliveira

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Caterine Dossis Perilo
Maria Florice de Brito
Therezinha de Jesus Antonini Duarte
Volnei Gonçalves Pedroso

Ministério da Saúde
Maria Cristina Fekete
Rômulo Maciel Filho

Ministério da Educação e do Desporto
Amâncio Paulino de Carvalho
José Roberto Ferraro

Ministério da Administração e Reforma do Estado
Marcelo de Matos Ramos
Maria Lúcia de Matos Félix Silva

Ministério do Trabalho e Emprego
Maria Mazarelo Macedo Salgado
Mário Gawryszewski

CNTSS – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social
Ângelo D'Agostini
João Batista Militão

CNTS – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde
José Caetano Rodrigues
Maria Nerci Ribeiro Oliveira da Costa

FENAPSI – Federação Nacional dos Psicólogos
Fabrício Gonçalves Rocha
Lindomar Tomé Lopes

FIO – Federação Interestadual dos Odontólogos
Antônio Bauer Maciel Batista
Astrid Burnett Aboud

FENASPS – Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência e Assistência Social
Cláudio José Machado
Miraci Mendes Astun

FETRAMS – Federação das Entidades e dos Trabalhadores do Ministério da Saúde
Alfredo Fernandes Chaves
José Carlos Ferreira Vasconcelos

FENAM – Federação Nacional dos Médicos
Francisco das Chagas Dias Monteiro
Héder Murari Borba

FNE – Federação Nacional dos Enfermeiros
Solange Gonçalves Belchior
Wellington Monteiro de Anunciação

Comissão de Sistematização e Redação:
Conceição Aparecida Pereira Rezende
Eucléa Gomes Vale
Jorge Luiz do Amaral
Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira Santana

Contribuições:
Fernando André Cartaxo de Arruda
Francisca Valda
Maria Goretti David Lopes
Maria Leda Dantas

Secretaria Executiva da CIRH:
Carlos Afonso Chaves Cunha
Darci Reis de Oliveira

Supervisão Gramatical:
Assessoria Gabinete Ministro da Saúde

Supervisão Editorial:
Paulo Henrique de Sousa

Capa:
Reinaldo da Silva Lima Palmeira

Projeto Gráfico:
Andréa Torriceli Marcos Campos

Sumário

Apresentação 9

Introdução 15

1. Fundamentação 19

2. Conceitos Básicos 25

3. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS 33
   - 3.1 Das Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Municipais, Estaduais e Federal, sobre a Gestão do Trabalho no SUS 33
   - 3.2 Da Abrangência de uma NOB/RH-SUS 40
   - 3.3 Da Participação na Gestão do Trabalho 40
   - 3.4 Do Instrumento de Ordenação do Trabalho 41
   - 3.5 Da Visibilidade e da Publicidade 41
   - 3.6 Das Formas de Vinculação e Acesso aos Cargos Públicos 41
   - 3.7 Da Competência e Responsabilidade de Contratação . . .42
   - 3.8 Da Elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCSs) 44
   - 3.9 Do Planejamento Estratégico e da Gestão Colegiada das Ações, Serviços e Projetos 48
   - 3.10 Do Emprego e Desenvolvimento de Tecnologias para a Gestão do Trabalho no SUS 49
   - 3.11 Da Organização de Base de Dados para um Sistema de Informação e de Comunicação sobre a Gestão do Trabalho no SUS 49
   - 3.12 Da Negociação entre Gestores e Prestadores de Serviço x Trabalhadores do SUS 49
   - 3.13 Do Órgão Gestor da Política de Recursos Humanos do SUS 51
   - 3.14 Do Financiamento do Trabalho no Setor Saúde 51

4. Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS 55
4.1. Das Atribuições e Responsabilidades dos Gestores de Saúde Municipais, Estaduais e Federal e do Ministério da Educação sobre a Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS 55
4.2 Da Educação Permanente para o Processo de Trabalho no SUS 61
4.3 Da Avaliação do Desenvolvimento do Trabalhador do SUS 63

5. Princípios e Diretrizes da Política de Saúde Ocupacional para Trabalhador do SUS 65
5.1 Da Conceituação 65
5.2 Dos Objetivos 66
5.3 Da Organização da Atenção à Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS 67
5.4 Do Sistema de Informações 74
5.5 Das Comissões Locais de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS 75
5.6 Das Atribuições dos Gestores do SUS das Três Esferas de Governo 79
5.7 Do Controle Social da Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS 80

6. Princípios e Diretrizes para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS 83
6.1 Gestão Participativa e com Controle Social 83
6.2 Fóruns de Deliberação sobre a Política de Gestão do Trabalho no SUS 85
6.3 Impacto na Qualidade das Ações e Serviços de Saúde . .86

7. Anexo
Legislação Vigente sobre a Gestão Pública do Trabalho no SUS – julho 2000 91

Apresentação

Nos últimos anos, mais precisamente na última década, os atores sociais envolvidos com as questões de saúde no Brasil vêm desenvolvendo um processo de ampla participação da sociedade na definição das políticas para o setor, no sentido de reorganizar as ações e serviços de saúde, na busca de assegurar a cobertura universal e eqüânime da promoção, da proteção e da recuperação da saúde da população brasileira.

Desse modo, este documento "**Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)"** constitui-se em mais um dos instrumentos produzidos a partir da participação da sociedade organizada para a consolidação do Sistema Único de Saúde, recolocando a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor Saúde.

A decisão do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de organizar a Oficina de Recursos Humanos para o SUS partiu da necessidade de sistematizar o acúmulo de produções e experiências dos órgãos gestores e das instâncias de controle social do SUS, nas tentativas de se definirem mecanismos e instrumentos mais adequados para a gestão do trabalho no SUS, apresentando uma possibilidade mais efetiva e operacional.

Nesse sentido, ressaltamos a edição da Portaria GM nº 830, de 20 de junho de 1990, do Ministério da Saúde, que constituiu Comissão Especial para Planos de Carreira, Cargos e Salários para o Sistema Único de Saúde; a Resolução nº 12, aprovada na reunião ordinária dos dias 2 e 3 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde, que estabeleceu "Orientações Gerais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários para os Estados, Municípios e Distrito Federal"; os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos para o SUS; os trabalhos desenvolvidos pela

Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e pela Mesa Nacional de Negociação do SUS que, de algum modo, influenciaram na implementação de políticas de recursos humanos em experiências isoladas, mas que não se efetivaram como política nacional para a gestão do trabalho no SUS.

A decisão de elaborar os **"Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS"** foi tomada pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, com base em deliberação da 10ª Conferência Nacional de Saúde, pela demonstração de efetividade e unificação normativa dos procedimentos de gestão, no processo de descentralização da gestão do sistema, por meio do instrumento Norma Operacional Básica (NOB).

Em 1998, elaborou-se uma primeira versão preliminar do documento "Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS", que foi divulgada pelo CNS em novembro do mesmo ano (1ª edição) após ser colocada em discussão entre vários especialistas convidados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), na "Oficina Nacional de Trabalho sobre Recursos Humanos para o SUS", que aconteceu em Goiânia, nos dias 16 e 17 de novembro de 1998.

A segunda versão, publicada em maio de 2000, foi o resultado deste processo. Ou seja, da soma do produto do trabalho das Comissões do Conselho Nacional de Saúde com a contribuição dos convidados para a Oficina Nacional de Recursos Humanos, realizada em Goiânia.

Este documento que você tem em mãos contém um capítulo que trata da "Fundamentação" para o estabelecimento de princípios e diretrizes para uma NOB/RH-SUS e um segundo que trata dos "Conceitos Básicos" nela existentes. O terceiro – "Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS", inclui itens que, normalmente, representam os principais problemas em relação à gestão do trabalho no dia-a-dia da gestão do Sistema.

Reservamos um capítulo especialmente para tratar dos "Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS", que além de justificar-se por si mesmo, é amplamente considerado como uma questão estratégica para a Gestão do próprio SUS.

O capítulo "Princípios e Diretrizes da Política de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS" foi entendido como uma questão de extrema importância, considerando-se a falta de regulamentação existente até hoje sobre o tema e tem essa finalidade.

O sexto título trata dos "Princípios e Diretrizes para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS". É importante ressaltar que talvez seja este um dos itens de maior dificuldade para o exercício do controle social do Sistema de Saúde. Normalmente, faltam dados e informações necessários à disposição dos Conselhos de Saúde para nortearem o exercício de suas funções, o que muitas vezes inviabiliza a atuação nesse campo. Estes princípios e diretrizes para a NOB definem alguns itens fundamentais para a atua-ção dos Conselhos de Saúde.

Além do produto da Oficina realizada em Goiânia (segunda versão), foram definidos alguns encaminhamentos para dar continuidade ao processo de discussão e elaboração da terceira versão de "Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS":

- encaminhar, formalmente, a segunda versão do documento ao Ministério da Saúde;
- divulgá-lo por meio dos instrumentos de comunicação do Conselho Nacional de Saúde (CNS): Conferência Nacional de Saúde *On Line, site* do CNS, Jornal e Boletim do CNS;
- realizar seminários temáticos ou de todo o documento nos estados, no decorrer de 1999;
- introduzir a temática de Recursos Humanos nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde, visando à discussão deste documento no decorrer de 1999, e, na ausência de Conferências, nos respectivos Conselhos de Saúde;

- redigir a terceira versão dos “Princípios e Diretrizes para a elaboração da NOB/RH-SUS”;
- encaminhar a terceira versão à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) para a elaboração final da NOB/RH-SUS;
- no decorrer deste processo, avaliar a pertinência e oportunidade de como tratar a questão dos Recursos Humanos e da NOB/RH-SUS, no nível das Conferências de Saúde, gerais ou específicas de Recursos Humanos.

A discussão deste documento não teve caráter homogêneo em todo País, conforme previsto nos itens acima. Ele foi discutido por alguns conselhos de saúde, algumas conferências municipais e estaduais e por seminários específicos organizados por entidades nacionais e estaduais dos trabalhadores ou órgãos gestores de alguns estados.

Em abril de 2000, foram definidos encaminhamentos e algumas estratégias para a elaboração do documento final, com a posição do CNS sobre a NOB/RH-SUS. A primeira delas foi a realização de cinco Seminários Macrorregionais (Florianópolis, Goiânia, Manaus, Rio de Janeiro e Fortaleza) para discutir a segunda versão preliminar.

Participaram desses Seminários, as Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais, Conselhos Estaduais, entidades representantes dos trabalhadores nos estados, universidades e escolas de saúde. A segunda foi a solicitação do CNS, para que alguns especialistas, juristas, representantes de entidades, gestores, lideranças e estudiosos do assunto, avaliassem o documento, com roteiro previamente elaborado. A terceira foi a compilação de propostas e sugestões apresentadas nos vários fóruns que discutiram o documento, como conferências de saúde, seminários, encontros, entre outros.

Nos dias 30 e 31 de agosto de 2000, o Conselho Nacional de Saúde, sob a coordenação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), realizou em Salvador (BA), a segunda "Oficina Nacional de Recursos Humanos para o SUS", com a participação de 60 convidados, para proporem o texto da terceira versão de "Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS", analisando-se a segunda versão preliminar do CNS, os consolidados dos seminários macrorregionais dos especialistas e dos debates realizados em outros fóruns, além das opiniões dos convidados presentes.

Em Salvador, definiu-se que a terceira versão não daria caráter conclusivo ao documento do CNS, conforme previsto anteriormente, mas que a mesma fosse um instrumento de debate da Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS, especialmente, dos pontos polêmicos identificados, ressaltados na oficina e assinalados naquela terceira versão, durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde. Conforme indicativo do item 7 dos encaminhamentos propostos na Oficina de Goiânia, foram contemplados na terceira versão, os pontos divergentes mais importantes localizados no processo de discussão do documento. Esses pontos receberam numeração seqüencial idêntica acrescida da letra "A" para a proposta com maior aceitação e da letra "B" para as opiniões divergentes.

Na terceira versão foram acrescentados três anexos:

- Legislação Vigente sobre a Gestão Pública do Trabalho;
- Opiniões sobre a pertinência e viabilidade, os desafios, os pontos críticos, as dificuldades, as questões omitidas e as estratégias para a implementação da NOB/RH-SUS nas três esferas de gestão do SUS;
- Contribuição de Especialistas para a NOB/RH-SUS.

Este documento foi elaborado de modo a estabelecer coerência com as diretrizes aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde e terá, como anexo, apenas a Legislação Vigente sobre a Gestão Pública do Trabalho no SUS.

Tal acúmulo de contribuições, discussões e revisões conferiu a estes princípios e diretrizes um grau de desdobramentos, além do âmbito de princípios e diretrizes, mas que foram mantidos não para "engessar" a tarefa normatizadora da Tripartite e Bipartite, e sim para oferecer parte do grande campo de alternativas para adequações e criações segundo as realidades regionais e locais.

Como agenda política-estratégica, a 11ª Conferência Nacional de Saúde propôs que seja organizado sistematicamente um debate nacional articulado e articulador de gestores, trabalhadores e formadores de recursos humanos para implementar a NOB/RH-SUS, aperfeiçoá-la e adequá-la segundo as necessidades sociais em saúde e realidades institucionais de cada região, localidade e de acordo com o papel de cada esfera de governo.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde ao aprimorar e aprovar estes **Princípios e Diretrizes**, deliberou encaminhá-los à Comissão Intergestores Tripartite que dispõe da prerrogativa gestora da elaboração de Norma Operacional Básica.

Deliberou também recomendar à CIT, assegurar o âmbito nacional da NOB/RH-SUS e, por sua vez, encaminhá-la às Comissões Intergestores Bipartite (CIB), visando às necessárias adequações da sua aplicação às realidades estaduais e regionais.

Nelson Rodrigues dos Santos
Coordenador-Geral do Conselho Nacional de Saúde

Introdução

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição Federal de 1988, quatro questões sobre a gestão têm sido freqüentemente realçadas como fundamentais para a sua implementação: a descentralização, o financiamento, o controle social e os recursos humanos.

De todas elas, a mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no País é a dos Recursos Humanos. Trabalhadores dos diversos níveis de governo e de entidades prestadoras de serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS) convivem no mesmo local de trabalho com direitos e deveres diferenciados, o que é um problema ainda a ser resolvido. É comum a falta de estímulo profissional, os desvios de funções, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, a submissão a formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão, cuja regra é a transgressão à lei, e ainda, com poucos ou inexistentes espaços de negociação com seus empregadores.

Observa-se que, em nome de práticas "antiengessamento da máquina pública", pratica-se a "lei da selva" na gestão do trabalho na área da Saúde.

Os problemas da gestão do trabalho, existentes em 1988, quando da elaboração da Constituição Federal, em que em um mesmo local de trabalho dos serviços públicos de saúde encontravam-se servidores das diferentes instâncias de governo (e de diferentes órgãos), de uma ou várias instituições da administração indireta (autarquias, institutos e fundações) e, muitas vezes terceirizados, originados das propostas de trabalho em parcerias e da tentativa de se implantarem as Ações Integrais de Saúde (AIS), com trabalhadores recebendo salários, vantagens e benefícios diferenciados, originaram a reivindicação de se implantar o Regime Jurídico Único, para a contratação no serviço público, a situação é agravada com a não-implementação do Regime Jurídico Único e com a sua extinção.

Atualmente, além da manutenção de todas as situações anteriores, implementou-se a contratação de trabalhadores para o serviço público, sem concurso público, com a utilização de vários mecanismos, tais como, os contratos em cargos comissionados para atividades de caráter permanente; a contratação de serviços terceirizados (empresas, associações de moradores, cooperativas e outras) para a realização de atividades públicas de caráter permanente; a instituição dos Consórcios (administrativos) Intermunicipais de Saúde transformados em empresas privadas, entre outras, com a mesma finalidade; a utilização de contratos administrativos e da contratação por tempo determinado (instituída para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público), em situa- ções comuns, fora das condições e prazos definidos por lei.

Nas instituições privadas (filantrópicas e lucrativas), prestadoras de serviços de saúde, as distorções são de outra ordem. Nesses casos, a ênfase da desregulamentação se dá, principalmente, pela tentativa das entidades de se desonerarem das obrigações fiscais e pelo descumprimento das normas regulamentares de contratação de pessoal. As formas mais comuns são: a contratação de serviços profissionais, de nível universitário, por profissionais autônomos; a contratação através de cooperativas (que nem sempre são regulamentadas) motivada pela isenção fiscal delas; e a contratação de estagiários, como substituição de mão-de-obra profissional, pela possibilidade de inferior remuneração do trabalho.

Em relação à gestão de recursos humanos dos serviços de saúde descentralizados, observam-se situações muito diferenciadas na realidade brasileira. Por exemplo, há Estados em que, até hoje, realizam-se contratações de servidores para prestarem serviços de competência dos Municípios; outros que publicam documentos de descentralização de serviços e de recursos humanos, preocupando-se somente com o pagamento da folha de pessoal preexistente à municipalização. Outra situação é aquela que ocorre em locais onde há um grande número de processos de aposentadorias, transferências de servidores e dos programas de

demissões voluntárias promovidos pelo governo federal e por alguns governos estaduais, em que serviços de saúde são desativados, principalmente naqueles municípios que não possuem infra-estrutura que possibilite as reposições necessárias.

Os Recursos Humanos no setor Saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de Saúde disponíveis para a população. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirá a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção.

Sabe-se que o investimento nos Recursos Humanos irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado de seu trabalho, é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do sistema.

Estes princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de recursos Humanos (NOB/RH-SUS) têm por finalidade primordial estabelecer parâmetros gerais para a Gestão do Trabalho no SUS. Ao compatibilizá-los com as diferentes realidades e situações institucionais, busca-se superar os desafios da implementação de uma política de Recursos Humanos para o SUS.

Pode-se considerar que uma NOB/RH-SUS seja um documento/instrumento de alta qualidade para a gestão do sistema de saúde, principalmente porque sua formulação implica um processo altamente participativo e democrático, com discussões e negociações que levam à construção de uma política de recursos humanos, desde já pactuada. Um dos principais problemas a serem resolvidos para a sua implementação é a falta de antecedentes de priorização e o tipo de tratamento que a questão dos Recursos Humanos em saúde tem recebido nos processos de reformas do Estado. É necessário garantir, portanto, que a elaboração da NOB/RH-SUS assegure que seus conteúdos sejam efetivamente operacionalizáveis.

1. Fundamentação

1 A Constituição Federal de 1988 consagrou a cidadania e a dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais. Esses ideais foram inscritos no texto constitucional, elevando à condição de relevância pública as ações e serviços de saúde, na medida em que ordena ser a saúde um direito fundamental do homem.

2 O mandamento constitucional estabelece que a "saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (CF/88, art.196).

3 A análise história, da concepção ao processo de implementação do SUS, demonstra que desde os primeiros movimentos pela Reforma Sanitária até a atual fase de implementação do sistema, várias foram as iniciativas de se inserir um sistema de saúde na Lei Maior, o que sempre foi determinado pelos momentos institucionais do País.

4 Mas, sem dúvida, foio atual texto constitucional que revelou a mais profunda e importante estruturação e organização do Sistema Único de Saúde, na medida em que dispôs sobre as ações e serviços de saúde, definindo atribuições e competência ao Estado para o setor.

5 A Carta Política ao organizar e estruturar o Sistema Único de Saúde no contexto da Seguridade Social fixou como seus princípios fundamentais, a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral além de outros, entre os quais destacamos, a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (CF/88, art. 194, parágrafo único, I , c/c art. 198, III). Ao se elaborar uma proposta de Diretrizes Gerais para a Norma Operacional Básica de

Recursos Humanos do SUS, procurou-se obedecer a esses princípios já consagrados.

6 Outras disposições de natureza infraconstitucional surgiram, tais como, as Leis Orgânicas da Saúde que vieram atender ao reclamo constitucional. No campo infralegal, encontram-se as portarias do Ministério da Saúde e as deliberações do Conselho Nacional de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde, todas formatando o atual arcabouço jurídico-legal do Sistema.

7 As Conferências e os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo, por expressa disposição legal. A lei conferiu ao Conselho o caráter permanente e deliberativo, cabendo-lhe a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo correspondentes.

8 Na perspectiva de ocupar-se da política de recursos humanos para a saúde, o Conselho Nacional de Saúde obedecidos os ditames legais, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), tendo como uma das suas finalidades, articular uma proposta de política nacional de recursos humanos para o setor, com a participação e envolvimento de todos os segmentos integrantes do SUS. Esse trabalho vem sendo desenvolvido de forma articulada com a Mesa Nacional de Negociação do SUS, estabelecendo um rico processo que ultrapassa os limites e os conceitos clássicos da negociação coletiva de trabalho próprios do setor privado.

9 A Emenda Constitucional nº 19 ao dar nova redação ao art. 39, introduziu no âmbito da administração pública federal, estadual e municipal os Conselhos de Política de Administração e Remuneração de Pessoal, integrados por servidores designados pelos respectivos poderes. Esses

conselhos têm a finalidade de propor a fixação de padrões de vencimentos e dos demais componentes do sistema remuneratório, observados a natureza, o grau de responsabilidade, a complexidade e as peculiaridades dos cargos componentes de cada carreira, além de estabelecer os requisitos para a sua investidura (CF/88, art. 39).

10 No campo infraconstitucional, encontram-se as Leis Orgânicas da Saúde. A Lei nº 8.080/90 que regula as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o País, ao fixar as normas a serem cumpridas quando da elaboração da política de Recursos Humanos para o SUS, dispôs no seu art. 27 que ela será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo.

11 Por sua vez, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ao estabelecer normas sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, condiciona o recebimento de recursos da União, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, a existência de comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários, estabelecendo um prazo de dois anos para a sua implantação, sob pena de perderem a gestão desses recursos para os Estados ou para a União, respectivamente (art. 4º, inciso VI).

12 Os serviços privados contratados de assistência à saúde participam de forma complementar ao sistema, segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a quem compete elaborar regras para regular as relações entre o SUS e esses serviços, tendo em vista a sua relevância pública. Compete, ainda ao SUS, além de outras atribuições, a participação na definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador (Lei nº 8.080/90, art.16, incisos V e XIV).

13 A questão da formação de recursos humanos para a saúde é revestida de uma importância como peça fundamental para a elaboração da política nacional de RH. A Constituição determina que a competência para ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde é do SUS (CF/88, art.200, inciso III). E a União, os Estados e o Distrito Federal estão obrigados a manterem escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores, constituindo-se, a participação nos cursos, um dos requisitos para a promoção na carreira.

14 Como se pode observar, são comuns aos entes federados a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (Lei nº 8.080/90, art. 15, inciso IX). Ademais, a Constituição assegura a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais sejam objeto de discussão e deliberação (CF/88, art.10), sendo obrigatória a participação dos sindicatos nas negociações coletivas de trabalho.

15 Assim, ao determinar que a política de recursos humanos deva ser feita de forma articulada, a lei garante a participação dos trabalhadores e gestores na sua elaboração e execução. Dessa forma, vem a indicar que a NOB deverá ser fruto de um amplo processo negocial envolvendo esses atores, atendendo aos ditames das Leis e da Constituição Federal.

16 Cabe, ainda, examinar a Resolução nº 12, de 3 de outubro de 1991, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e homologada pelo Sr. Ministro da Saúde, que estabeleceu regras para uma política nacional de Recursos Humanos, contendo as orientações gerais para a elaboração do plano de carreira, cargos e salários para o SUS.

17 Ocorreram, também, outras manifestações legítimas da sociedade civil, principalmente as Resoluções das

Conferências Nacionais de Saúde e as duas Conferências Nacionais específicas para Recursos Humanos do SUS, que serviram como referências importantíssimas para a formulação da política de Recursos Humanos.

18 A 9ª Conferência Nacional de Saúde, para a efetiva implementação do SUS, enfatiza como indispensável uma política nacional de recursos humanos, visualizando, desde aquele momento, a impossibilidade da implementação do Sistema, sem o tratamento de forma ordenada, de sua força de trabalho.

19 Vale transcrever, pela forma incisiva que adota, o que diz o item 230 da política de recursos humanos para a saúde, do relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde: *"O Ministério da Saúde deve elaborar, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da divulgação deste relatório, com ampla negociação com os interessados e suas entidades representativas e com a discussão e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos com princípios que regulem a ação e a relação das esferas de governo com relação aos trabalhadores no âmbito do SUS, e que inclua uma "agenda de prioridade" para a implantação desta política"*.

20 A I Conferência Nacional de recursos Humanos para a Saúde cumpriu o seu papel, com base nas análises até então realizadas sobre a temática e detalhou, ainda que de forma embrionária, uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária no tocante a política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o setor da Saúde.

21 Além disso, atendendo à expressa recomendação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde produziu um dos mais densos e completos documentos sobre o tema. Ancorada na constatação real da ausência de uma política de recursos humanos para o SUS, fez um alerta sobre as conse-

qüências desastrosas deste fato para a implementação do SUS, e indicou a necessidade de se regular imediatamente o art. 200, inciso III da Constituição Federal.

22 Destaca-se a ênfase que se deu às questões de Recursos Humanos na II Conferência Nacional de Recursos Humanos, que afirma: *"...as oportunidades de capacitação são escassas. Os salários são aviltantes. Os trabalhadores convivem, no mesmo local de trabalho e com as mesmas funções, com salários profundamente desiguais. Não existe, na maioria das instituições, um plano de carreira, cargos e salários compatível com as responsabilidades, riscos e encargos inerentes ao processo de trabalho da área de saúde. Esta situação conduz a uma enorme e explicável desmotivação dos profissionais de saúde e ao descompromisso ético e social com os usuários e com o serviço público. Os trabalhadores querem assumir o seu papel de protagonista na transformação do setor".*

23 Diante do exposto, a partir das análises dos fundamentos legais, das resoluções e dos atos normativos do SUS, constata-se que há muito ainda por fazer na implementação de uma política de Recursos Humanos para o SUS e que muitos dispositivos inseridos nas normas, infelizmente, ainda permanecem como letras mortas. Essa política é absolutamente necessária, não somente porque já existe a base legal para a sua implementação, mas também pelo fato de que as ações e os serviços de saúde têm especificidades não encontradas em outras atividades da administração pública. Estas diretrizes para a NOB/RH-SUS são um passo importante para a implementação dessa política.

24 Na elaboração da NOB/RH-SUS, a partir dos princípios e diretrizes aqui apresentados, devem ser respeitadas a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde. Na sua implementação em todo o território nacional, devem ser respeitadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas das respectivas Unidades Federadas.

2. Conceitos Básicos

Para facilitar a compreensão do presente documento, buscou-se explicitar os conceitos básicos que serão utilizados em diferentes seções.

2.1 **NOB**: entende-se por Norma Operacional Básica, doravante denominada NOB, o instrumento normativo infralegal maior elaborado e aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite, de operacionalização dos preceitos da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS). Até o momento, foram editadas as NOBs de 1991, 1993 e 1996, e NOAS, sendo que a área de recursos humanos nunca foi objeto de normatização nas referidas NOBs.

2.2 **NOB/RH-SUS**: considerando que o instrumento NOB tem se mostrado potente no que diz respeito ao estabelecimento de critérios para as três esferas de governo, quanto ao financiamento do sistema, as condições de habilitação para a gestão nos diferentes âmbitos de governo, a definição de suas competências e estabelece instâncias intergestoras, com resoluções submetidas ao Conselho Nacional de Saúde, entre outros, definiu-se pela utilização do mesmo instrumento para normatizar a gestão do trabalho no SUS. A competência de elaboração e implementação da NOB/RH-SUS passa, então, para uma atribuição da Gestão, pela Comissão Intergestores Tripartite, com decorrentes pactuações nas Comissões Intergestores Bipartites.

2.3 **Publicidade**: é uma qualidade do que é público ou do que é feito em público.

2.4 **Desconcentração de Ações e Serviços de Saúde**: é a execução de ações e a prestação de serviços de saúde de forma desconcentrada do órgão central da administração pública, como, por exemplo, as diretorias regionais de saúde, ou equivalentes, dos estados e os serviços de saúde dos povos indígenas, que apesar de serem de responsabilidade da União, são organizados e executados em nível regional ou local.

2.5 **Ações Intersetoriais de Saúde e Ações e Serviços de Saúde**: o art. 196 da CF, assegura o direito de todos à saúde, que deve ser garantido:

a) por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos à saúde. A Lei nº 8.080 define como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais e as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade as condições de bem-estar físico, mental e social. Essas ações são planejadas e executadas por outros setores do governo, com recursos específicos e são consideradas **ações intersetoriais de saúde**;

b) pelo acesso universal e igualitário às **ações e serviços de saúde**, incluindo a promoção, a proteção e a recuperação. Essas ações e serviços estão identificadas nos incisos IV e VIII do art. 200 da CF e nos arts. 5º e 6º da Lei nº 8.080 como sendo atribuições do Sistema Único de Saúde. O setor Saúde não é o gestor das políticas de saneamento básico ou ambiental, mas deve participar da formulação dessas políticas, o que significa colaborar na definição das estratégias de atuação daqueles setores, em cada esfera de governo, especialmente, pela identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde da população, pela disponibilização de informações epidemiológicas, e ainda, pela execução de ações de saneamento típicas do setor Saúde, tais como, o controle de vetores, da poluição sonora, da qualidade do ar e da água de consumo humano e dos ambientes físicos de utilização coletiva, das emissões eletromagnéticas, monitorar o destino dos efluentes líquidos domésticos e do lixo hospitalar, colaborar com a proteção do meio ambiente e do ambiente de trabalho, entre outros.

2.6 **Descentralização dos Serviços de Saúde**: é a transferência da gerência, da execução de ações e da prestação de serviços de saúde para instâncias de gestão e decisão mais próximas da população-alvo. No SUS, esta transferência se dá da esfera federal para a estadual e dessas duas para a esfera municipal. Respeitando-se as atribuições específicas das três esferas de governo, expressas na Lei nº 8.080/90, a municipalização com a hierarquização e a regionalização constituem o eixo estratégico da descentralização. Nos municípios de maior porte, a descentralização deve se estender aos distritos de saúde e à autonomia gerencial das unidades de saúde.

2.7 **Trabalhadores de Saúde**: são todos aqueles que exercem as suas atividades ou funções em serviços de saúde, públicos ou privados.

2.8 **Trabalhadores do SUS**: são todos aqueles que realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços de Saúde Pública e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados, pelo SUS.

2.9 **Recursos Humanos**: é a expressão utilizada, normalmente, para designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto, um serviço, etc., tais como, os recursos físicos, recursos materiais, recursos financeiros, entre outros.

2.10 **Empregadores do SUS**: são os gestores públicos dos serviços de saúde e os proprietários, quotistas e administradores de serviços de saúde conveniados e contratados pelo SUS.

2.11 **Gestão do Trabalho no SUS**: para efeitos desta NOB, considera-se gestão do trabalho no SUS a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à Saúde dos seus usuários até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento. O

"Trabalho no SUS" refere-se àquele que é exercido pelos trabalhadores dos serviços públicos e privados de saúde (contratados ou conveniados). Diz respeito às relações de trabalho precárias e de caráter permanente, desde que exercidas no interior do Sistema Único de Saúde.

2.12 **Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS**: para efeitos desta NOB, fica entendido como "desenvolvimento do trabalhador" as atitudes, circunstâncias, ações e eventos que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral que possibilite o pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização com compromissos pelos direitos de cidadania da população e a prestação de serviços com acolhimento, qualidade e resolubilidade, à população usuária do Sistema. O "desenvolvimento do trabalhador" terá repercussão direta no seu engajamento institucional e na sua consciência de cidadania.

2.13 **Formação Profissional**: é o processo que sistematiza os conhecimentos técnicos e científicos por meio da educação profissional de nível básico, técnico e superior, com o objetivo de propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e posturas solidárias perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação a fim de inseri-lo nos setores profissionais.

2.14 **Qualificação Profissional**: é o processo no qual o trabalhador adquire conhecimentos qualificados para o desempenho de determinada função visando ao seu melhor aproveitamento no exercício do trabalho.

2.15 **Educação Permanente ou Continuada**: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfei-

çoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha.

2.16 **Avaliação de Desempenho**: é a apuração do desempenho efetivo do trabalhador, no processo de trabalho por inteiro, levando em consideração, o desempenho da equipe, a análise institucional, as condições de trabalho que são oferecidas, a adaptação do trabalhador no cargo, a oferta de possibilidades de desenvolvimento e de ascensão na carreira, os vencimentos ou salários que aufere, a sua saúde ocupacional e o resultado do trabalho para a saúde da população usuária, entre outros.

2.17 **Participação Bilateral na Gestão do Trabalho**: significa a participação dos gestores e dos trabalhadores nas Mesas Permanentes de Negociação, definindo os objetivos, os participantes, a metodologia, as pautas de negociação das questões do trabalho, assim como, os objetos de negociação como os salários, a carreira, as vantagens, os benefícios, os compromissos mútuos, além de definir as diretrizes, os critérios, os instrumentos, os mecanismos, os fluxos, os protocolos e as rotinas dos processos de trabalho em saúde e a resolução de conflitos.

2.18 **Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS**: é a participação efetiva da sociedade organizada (Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde) na definição, planejamento, implementação e avaliação da política de Recursos Humanos, necessária à implementação do SUS, em cada esfera de governo. É um processo de vigilância e fiscalização que inclui outros aspectos da administração pública, tais como, a verificação da legalidade, da moralidade e da impessoalidade dos atos administrativos, bem como, a eficiência no trato da coisa pública, o cumprimento dos objetivos institucionais, das diretrizes estabelecidas nas Conferências de Saúde e das deliberações dos Conselhos de Saúde em relação aos Recursos Humanos.

2.19 **Saúde Ocupacional do Trabalhador**: é o estado geral biopsicossocial e emocional apresentado pelo trabalhador e pela equipe no exercício de suas funções laborais no cargo em que ocupa. Deve-se levar em conta a segurança no processo de trabalho, as condições individuais e coletivas dos ambientes de trabalho, os riscos laborais a que estão submetidos, os equipamentos de proteção, as possibilidades de agravos e danos à saúde do trabalhador e da equipe, entre outros.

2.20 **Gestores em Saúde**: conforme a legislação vigente o conceito de gestor do Sistema Único de Saúde é atribuído aos responsáveis pelo SUS em cada esfera de governo: sistemas municipais, estaduais, do Distrito Federal e nacional de saúde. A NOB/SUS/96 atribui ao responsável por unidades ou estabelecimentos em qualquer grau de complexidade, que prestam serviços de saúde, a função de "gerência". A 11ª Conferência Nacional de Saúde considerou gestores de saúde estaduais, municipais e de serviços de saúde, com ênfase neste último grupo, os gestores de unidades básicas de saúde, principalmente, no que tange aos processos de planejamento local e gerenciamento participativo com trabalhadores e usuários, à luz do controle da sociedade sobre o SUS.

2.21 **Padrão de Lotação de Pessoal**: é a definição de equipe interprofissional segundo as necessidades sociais em saúde, em contraposição às equipes e processos de trabalho pré-definidos, com a introdução de processos de avaliação de desempenho sob o controle popular.

Siglas utilizadas neste documento

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CIRH - Comissão Intersetorial de Recursos Humanos

CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CST - Comissão de Saúde do Trabalhador

CNS - Conselho Nacional de Saúde

GEISAT - Grupo Executivo Interministerial de Saúde do Trabalhador

LER - Lesão por Esforço Repetitivo

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

NR - Norma Regulamentadora

NOB - Norma Operacional Básica

NOB/RH-SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

PCCS - Plano de Carreira, Cargos e Salários

PPI - Programação Pactuada Integrada

SUS - Sistema Único de Saúde

3. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS

Para a implementação plena do SUS e para se alcançar os objetivos e metas previstos nos Planos de Saúde das três esferas de gestão, é necessário tratar a Gestão do Trabalho como um ponto, tema, questão estratégica e não estratégia. Sabemos que a qualidade das ações e serviços de saúde oferecidos aos usuários do sistema equivalem-se, na mesma medida, ao resultado da forma e das condições como são tratados, em cada local, os trabalhadores que neles atuam.

Neste sentido, uma NOB/RH-SUS deve explicitar, claramente, as atribuições e responsabilidades dos gestores, de cada esfera de governo, para com a gestão do trabalho no SUS.

3.1 **Das Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Municipais, Estaduais e Federal, sobre a Gestão do Trabalho no SUS**

3.1.1 Dos Gestores do SUS das três esferas de gestão:

3.1.1.1 elaborar um diagnóstico da situação dos recursos humanos existentes em sua área de atuação, incluindo, entre outros, os seguintes aspectos: quantidade de trabalhadores, por cargo, da administração direta e indireta, os cedidos de outras esferas de gestão e os terceirizados; local de lotação; distribuição por ações e serviços, por base territorial, comparando-os com o tamanho da população usuária, por nível de atenção (básica, média e alta complexidades), por categorias profissionais e especialidades; vencimentos ou salários pagos por categoria profissional ou por grupos ocupacionais, vantagens e benefícios; e ainda, por outros aspectos de interesse;

3.1.1.2 elaborar quadro de necessidades de recursos humanos para a implementação do respectivo Plano de Saúde e para a manutenção da estrutura gestora do SUS em cada esfera de governo;

3.1.1.3 realizar concurso público para contratar e manter o quadro de pessoal necessário à execução da gestão e das ações e serviços de saúde, conforme a habilitação, da respectiva esfera de gestão, definida nas Normas Operacionais Básicas do SUS, observadas as normas do Direito Público e Administrativo;

3.1.1.4 negociar a inclusão nos convênios e contratos com prestadores de serviços de saúde, a quantidade e o tipo de profissionais necessários e obrigatórios (segundo o tipo de serviço) para a execução dos serviços conveniados/contratados, em acordo com os Conselhos das Profissões de Saúde, computando-se estas inclusões para a pontuação da instituição prestadora de serviços de saúde nos processos de acreditação;

3.1.1.5 instituir órgão ou designar equipe de trabalho responsável pela gestão de recursos humanos do SUS, na respectiva esfera de governo;

3.1.1.6 instituir a respectiva Mesa Permanente de Negociação com os trabalhadores;

3.1.1.7 nomear comissão paritária (governo e trabalhadores) para a elaboração ou revisão do respectivo Plano de Carreira, Cargos e Salários;

3.1.1.8 encaminhar projeto de lei de criação ou reformulação do respectivo Plano de Carreira, Cargos e Salários ao Poder Legislativo;

3.1.1.9 implementar o Plano de Carreira, Cargos e Salários do setor Saúde;

3.1.1.10 implementar a prática de incorporar tecnologias e equipamentos que facilitem o desenvolvimento do trabalho e que melhorem a qualidade dos serviços prestados à população;

3.1.1.11 implementar a gestão e a gerência colegiadas (governo e trabalhadores) no respectivo sistema e nos serviços de saúde;

3.1.1.12 organizar Banco de Dados, Sistema de Informação e Comunicação dos Recursos Humanos da respectiva esfera de gestão do SUS, para facilitar o planejamento e a avaliação permanentes da capacidade de oferta de serviços e a necessidade de recursos humanos para a realização de ações e serviços de saúde, bem como, o controle social da gestão do trabalho;

3.1.1.13 firmar Acordo Coletivo de Trabalho com os trabalhadores da administração direta e indireta de sua esfera de atuação e estimular os prestadores de serviços de saúde do SUS, contratados e conveniados, à negociação de Contrato Coletivo de Trabalho ou Acordo Coletivo de Trabalho ou Convenção Coletiva de Trabalho a serem firmados com seus trabalhadores estimulando-os a apresentá-los, anualmente, ao respectivo Conselho de Saúde;

3.1.1.14 instaurar Processos Administrativos para apurar a responsabilidade de trabalhadores por conduta, atitudes ou atos inadequados à realização de ações e serviços de saúde, às relações de trabalho e às relações com os usuários do Sistema;

3.1.1.15 pactuar o financiamento da Política Nacional de Recursos Humanos do SUS na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), definindo as formas de divisão solidária desta responsabilidade entre as três esferas de gestão do SUS;

3.1.1.16 estabelecer, de forma pactuada, na Comisão Intergestores Tripartite (CIT), as decorrências para os casos de descumprimento da NOB/RH-SUS, por parte dos gestores;

3.1.1.17 definir recursos financeiros específicos, nas leis de diretrizes orçamentárias e leis orçamentárias, para os respectivos fundos de saúde, que garantam o funcionamento de Núcleos ou Centros Formadores de Recursos Humanos para o SUS;

3.1.1.18 buscar cooperação técnica e financeira junto às instituições e organismos nacionais e internacionais, visando à melhoria da qualidade do sistema e à captação de recursos para a implementação de processos de formação dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde;

3.1.1.19 negociar junto aos outros órgãos da respectiva esfera de governo, recursos, dos respectivos orçamentos anuais, para a implementação e funcionamento dos Serviços de Saúde Ocupacional dos Trabalhadores Públicos;

3.1.1.20 providenciar condições dignas de trabalho, implementando ações de biossegurança específicas, assegurando o uso de equipamentos de proteção individual e coletiva para os trabalhadores;

3.1.1.21 instituir e manter Comissões Locais de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS (por local de trabalho);

3.1.1.22 instituir normas e protocolos para garantir a assistência integral à saúde dos trabalhadores do SUS no sistema, mantendo a eqüidade em relação aos usuários de modo geral;

3.1.1.23 apresentar ao respectivo Conselho de Saúde, para discussão e deliberação, a política de Gestão do Trabalho da respectiva esfera de gestão do SUS, incluindo: a avaliação da quantidade, da composição e da qualidade do quadro de recursos humanos existente; o quadro

necessário para o funcionamento do sistema; a proposta de mecanismos de recrutamento e contratação de pessoal; os critérios de acompanhamento dos concursos públicos pelos Conselhos de Saúde; os mecanismos de acompanhamento dos processos de lotação; a discussão do processo de trabalho proposto; o Programa Institucional de Educação Permanente; os mecanismos de participação nos processos de avaliação de desempenho; o Plano de Carreira, Cargos e Salários; os processos negociatórios com os trabalhadores e a evolução salarial; os mecanismos de acesso a documentos, ao Banco de Dados e ao Sistema de Informação de Recursos Humanos, entre outros, solicitados pelo Conselho de Saúde;

3.1.1.24 indicar representantes para participar da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do respectivo Conselho de Saúde;

3.1.1.25 convocar as Conferências de Recursos Humanos, na respectiva esfera de gestão.

3.1.2 Do Gestor Federal:

3.1.2.1 organizar Banco de Dados Nacionais e Sistema de Informação dos Recursos Humanos Nacional para facilitar o planejamento, a pesquisa e a avaliação permanentes da capacidade de oferta de ações e serviços de saúde no País, a necessidade de recursos humanos para realização de ações e serviços de saúde, bem como, facilitar as condições para o controle social da gestão do trabalho no SUS;

3.1.2.2 manter o pagamento de vencimentos e vantagens, legalmente reconhecidos ou incorporados à remuneração dos trabalhadores lotados em serviços descentralizados ou cedidos a outras esferas de gestão do SUS;

3.1.2.3 manter um sistema de comunicação e negociação permanentes com as esferas de gestão descentralizadas referentes a afastamentos, demissões, transferências ou substituições de recursos humanos, repassando automaticamente, aos atuais gestores, através dos respectivos Fundos de Saúde, os valores financeiros equivalentes ao custo global dos contratos (remuneração e custos sociais) dos seus trabalhadores afastados, demitidos, transferidos e aposentados;

3.1.2.4 elaborar anualmente, juntamente com os estados, um Programa Institucional Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores, os gestores e os conselheiros de saúde;

3.1.2.5 firmar termo de descentralização com estados e municípios, incluindo a questão dos trabalhadores cedidos, pactuado na Mesa Permanente de Negociação, explicitando as responsabilidades de todos os gestores, priorizando, entre outros: os direitos e os deveres; a competência do Gestor que recebe os serviços e os trabalhadores, para estabelecer procedimentos disciplinares; a jornada de trabalho; as vantagens e os benefícios; as formas de movimentação; a complementação salarial quando for o caso, revendo os acordos ou termos de descentralização elaborados anteriormente e que desconsideraram as questões relativas a recursos humanos;

3.1.2.6 estabelecer critérios de repasse de recursos fundo a fundo, como forma de incentivo, aos estados e municípios que cumprirem a NOB/RH-SUS em seus diversos aspectos;

3.1.2.7 promover a capacitação dos gestores e dos gerentes de serviços de saúde;

3.1.2.8 viabilizar o repasse de recursos de ordem Constitucional, do Orçamento da União para o Ministério da Saúde, para financiar a política nacional de Recursos Humanos para o SUS.

3.1.3 Dos Gestores Estaduais:

3.1.3.1 manter o pagamento de vencimentos e vantagens, legalmente reconhecidos ou incorporados na remuneração dos trabalhadores lotados em serviços descentralizados ou cedidos aos municípios;

3.1.3.2 manter um sistema permanente de comunicação e negociação com os municípios para tratar dos afastamentos, demissões, transferências ou substituições de recursos humanos, repassando automaticamente, aos atuais gestores, por meio dos respectivos Fundos de Saúde, os valores financeiros equivalentes ao custo global dos contratos (remuneração e custos sociais) dos seus trabalhadores cedidos aos municípios, que forem afastados, demitidos, transferidos ou aposentados;

3.1.3.3 acompanhar, em sua esfera de gestão, as atividades de formação e capacitação promovidas pelo gestor federal, tais como, a realização de cursos, a formação pedagógica de instrutores, o desenvolvimento das escolas técnicas e a criação de sistema de certificação de competências;

3.1.3.4 elaborar anualmente, juntamente com os municípios, um Programa Institucional Estadual de Educação Permanente para os trabalhadores, os gerentes de serviços, os gestores e os conselheiros de saúde;

3.1.3.5 firmar termo de descentralização com os municípios, incluindo a questão dos trabalhadores cedidos, pactuada na Mesa Permanente de Negociação, explicitando as responsabilidades de ambos os gestores, priorizando, entre outros: os direitos e os deveres; a competência do Gestor que recebe os serviços e os trabalhadores, para estabelecer procedimentos disciplinares; a jornada de trabalho; as vantagens e os benefícios; as formas de movimentação; a complementação salarial quando for o caso, revendo os acordos ou termos de descentralização elaborados anteriormente e que desconsideraram as questões relativas a recursos humanos;

3.1.3.6 estabelecer critérios de repasse de recursos fundo a fundo, como forma de incentivo aos municípios que cumprirem a NOB/RH - SUS em seus diversos aspectos;

3.1.3.7 promover a capacitação dos gestores municipais, dos gerentes de serviços de saúde e dos conselheiros estaduais de saúde.

3.1.4 Dos Gestores Municipais:

3.1.4.1 elaborar, anualmente, juntamente com os dirigentes de órgãos da estrutura gestora do SUS municipal e com gerentes de serviços de saúde, um Programa Institucional Municipal de Educação Permanente para os trabalhadores, os dirigentes, os gerentes de serviços e os conselheiros municipais, distritais ou regionais e locais de saúde.

3.2 **Da Abrangência de uma NOB/RH-SUS**

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) abrangerá a Gestão e a Gerência de todos os trabalhadores que participam do processo de trabalho no SUS, desenvolvido pelos Órgãos Gestores e Executores de ações e serviços de Saúde das três esferas de Governo (Administração Pública Direta e Indireta, incluindo as Agências Executivas e as Organizações Sociais, onde houver, e os Consórcios Intermunicipais de Saúde), os trabalhadores de entidades privadas (filantrópicas e lucrativas), prestadoras de serviços de saúde ao SUS, incluindo as de ensino e pesquisa na área da saúde.

3.3 **Da Participação na Gestão do Trabalho**

Para a implementação da NOB/RH-SUS, para a sua adequação às necessidades do Sistema Único de Saúde e para efetivar a Gestão do Trabalho no SUS, será observado o princípio da participação bilateral e

paritária, com processo de gestão democrática, organizando-se "colegiados gestores" entre os trabalhadores e gestores/prestadores de serviços de saúde conveniados ou contratados, formalizados pelas Mesas de Negociação.

3.4 **Do Instrumento de Ordenação do Trabalho**

Cada esfera de gestão do SUS (Administração Direta e Indireta) contará com Plano de Carreira, Cargos e Salários, com isonomia salarial, considerando-se o nível de escolaridade e a carga horária de trabalho, para assegurar a execução das ações e serviços de Saúde no âmbito de suas competências e responsabilidades, de acordo com as Normas Operacionais Básicas do SUS, mantendo-se negociações permanentes para que os prestadores privados (filantrópicos e lucrativos) de serviços de saúde, contratados e conveniados pelo SUS, efetivem esta mesma política.

3.5 **Da Visibilidade e da Publicidade**

Os acordos e os atos administrativos referentes aos trabalhadores do SUS do Setor Público (Administração Direta e Indireta, incluindo as Agências Executivas, as Organizações Sociais, onde houver, e os Consórcios Intermunicipais de Saúde) e do Setor Privado (filantrópico e lucrativo) serão publicados em órgãos de divulgação oficial, garantindo total e permanente clareza sobre os instrumentos e mecanismos utilizados na Gestão do Trabalho no SUS, inclusive nas relações com os seus trabalhadores.

3.6 **Das Formas de Vinculação e Acesso aos Cargos Públicos**

3.6.1 Nos Serviços Públicos (Administração Direta e Indireta, incluindo as Agências Executivas, as Organizações Sociais, onde houver, e os Consórcios Intermunicipais de

Saúde), o recrutamento de pessoal deve ocorrer para o preenchimento de cargos vagos, criados por lei, para suprir as necessidades dos serviços, conforme as atribuições e competências de cada esfera de gestão, compatibilizadas com seus respectivos planos de saúde (nacional, estaduais e municipais), a partir de parâmetros que garantam a qualidade da execução dos serviços. A vinculação do servidor aos respectivos órgãos deve ocorrer por meio de nomeação dos aprovados em concurso público.

3.6.2 Nos Serviços Privados (filantrópicos e lucrativos) conveniados ou contratados para prestarem serviços de saúde junto ao Sistema Único de Saúde, a contratação de trabalhadores deve ocorrer para garantir o cumprimento das obrigações definidas em cláusulas conveniais ou contratuais junto às instâncias gestoras do SUS, a partir de parâmetros que garantam a qualidade da execução dos serviços. Os convênios e contratos entre os gestores do SUS e os prestadores de serviços de saúde devem prever a necessidade de trabalhadores por categorias profissionais, necessária ao bom funcionamento do serviço, objeto do convênio/contrato, estimular a seleção pública para a contratação de pessoal e a execução de planos de desenvolvimento dos recursos humanos, além de outras condições para o cumprimento desses princípios e diretrizes. A contratação de pessoal dar-se-á preferencialmente por meio de seleção pública de trabalhadores, cuja vinculação com a instituição empregadora deve seguir os preceitos da legislação brasileira.

3.7 **Da Competência e Responsabilidade de Contratação**

3.7.1 No Plano Geral: de acordo com as atribuições das diferentes esferas de gestão do SUS, definidas nas Leis Orgânicas da Saúde e nas Normas Operacionais Básicas, compete a cada uma delas contratar e manter o quadro de pessoal necessário à execução da gestão e

das ações e serviços de saúde, conforme a necessidade da população e a habilitação da esfera de gestão, definida por Normas Operacionais Básicas, observadas as normas do Direito Público e Administrativo. Assegurar, no respectivo Plano de Saúde, a previsão do quadro de Recursos Humanos necessários à sua implementação, com base em estudos para dimensionar a situação de cada unidade ou serviço de saúde, considerando-se a capacidade instalada, o perfil epidemiológico, a missão institucional e parâmetros de necessidade de pessoal, além dos mecanismos de controle de contratação e tipo de vínculo.

3.7.1.1 Os termos de descentralização, incluindo a cessão de trabalhadores em saúde, firmados entre os gestores (federal, estaduais e municipais), serão pactuados nas respectivas Mesas Permanentes de Negociações, explicitando as responsabilidades de todos os gestores, priorizando, entre outros: os direitos e os deveres; a competência do Gestor que recebe os serviços, para estabelecer procedimentos disciplinares; a jornada de trabalho; as vantagens e os benefícios; as formas de movimentação; complementação salarial, revendo os acordos ou termos de descentralização elaborados anteriormente, em especial, a política de recursos humanos, de acordo com a NOB/RH-SUS.

3.7.1.2 Serão definidos procedimentos e mecanismos que assegurem a manutenção de direitos e vantagens aos trabalhadores do SUS cedidos e que estejam exercendo suas atividades nas diferentes esferas de gestão, independente da sua lotação original.

3.7.2 Para a reposição de trabalhadores vinculados a serviços descentralizados:

A gestão do trabalho é de responsabilidade do Gestor

que recebe os serviços de saúde. O Gestor Federal e os Gestores Estaduais manterão o pagamento de vencimentos e vantagens, individualmente reconhecidas ou incorporadas; manterão ainda, um sistema de comunicação e negociação com as instâncias de gestão dos recursos humanos descentralizados referentes a afastamentos, demissões, transferências ou substituições, repassando automaticamente, aos atuais gestores, por meio dos respectivos Fundos de Saúde, os valores financeiros equivalentes ao custo global dos contratos (remuneração e custos sociais) dos trabalhadores afastados, demitidos ou transferidos e aposentados.

3.7.3 Para a reposição de trabalhadores vinculados a serviços desconcentrados:

A contratação, a reposição e a qualificação de trabalhadores que executam as ações de Saúde desconcentradas, como no caso da Saúde dos Povos Indígenas (Distritos Sanitários Especiais Indígenas), de responsabilidade do Gestor Federal, devem ser feitas por este Gestor. Da mesma forma, os Estados devem assumir a contratação, a reposição e a qualificação de trabalhadores que executam funções desconcentradas próprias, incluindo-se aqui as ações locais não assumidas pelos Municípios, nos processos de habilitação (municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica de Saúde).

3.8 Da Elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCSs)

3.8.1 Da Abrangência:

Os Planos de Carreira, Cargos e Salários abrangem todos os trabalhadores que participam dos processos de trabalho do SUS, desenvolvidos pelos Órgãos Gestores e Executores de ações e serviços de Saúde da Adminis-

tração Pública Direta e Indireta, das três esferas de governo, incluindo-se as Agências Executivas, as Organizações Sociais, onde houver, os Consórcios Intermunicipais de Saúde e os trabalhadores dos órgãos públicos de ensino e pesquisa na área da Saúde. Deverão ser mantidas negociações permanentes para que os prestadores privados (filantrópicos e lucrativos) de serviços de saúde, conveniados e contratados pelo SUS, efetivem esta mesma política. Os Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCSs) devem ser únicos, com isonomia em cada uma das esferas da gestão do SUS, garantindo mecanismos regionais e microrregionais pactuados, visando à fixação de profissionais em função da garantia de acesso e eqüidade na oferta de serviços à população.

3.8.2 Da Eqüidade:

Para efeito da elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCSs), na área da Saúde, as categorias profissionais devem ser consideradas, para classificação, em Grupos de Cargos, na observância da formação, da qualificação profissional e da complexidade exigidas para o desenvolvimento das atividades e ações que, por sua vez, desdobram-se em Classes que devem ser organizadas de acordo com os níveis básico, técnico e superior, com equiparação salarial proporcional à carga horária e ao nível de escolaridade, considerando-se a rotina e a complexidade das tarefas; o nível de conhecimento e experiências exigidos; a responsabilidade pela tomada de decisões e suas conseqüências e o grau de supervisão prestada ou recebida.

3.8.3 No âmbito de cada esfera de gestão do SUS (União, Estados e Municípios), será assegurado o tratamento isonômico, com piso salarial para os trabalhadores com atribuições e funções assemelhadas pelo nível de escolaridade e carga horária, entendida a isonomia como a

igualdade de direitos, obrigações e deveres, independentemente do tipo ou regime de vínculo empregatício.

3.8.4 As Programações Pactuadas Integradas (PPI), no nível das regiões e Estados, deverão ser estendidas à gestão do trabalho (incluindo os trabalhadores da gestão e da assistência), especialmente quanto à pactuação de pisos salariais regionais e fatores de diferenciação inter-regionais.

3.8.5 Da Carreira da Saúde:

Os trabalhadores públicos (da Administração Pública Direta e Indireta, incluindo-se as Agências Executivas, as Organizações Sociais, onde houver, e os Consórcios Intermunicipais de Saúde), nas três esferas de governo, das diferentes áreas de atuação da Saúde: promoção, proteção, recuperação, ensino, pesquisa e gestão (planejamento, administração e avaliação), fazem parte de princípios e diretrizes únicos da carreira multiprofissional e transdisciplinar da Saúde.

Quando da elaboração dos PCCSs, a evolução do servidor na Carreira, deverá ser definida considerando-se a formação profissional, a capacitação, a titulação e a avaliação de desempenho, com indicadores e critérios objetivos (quantitativos e qualitativos), pactuados entre os trabalhadores e os gestores de saúde, em Mesas de Negociação. Deve ser estimulada e incentivada a aplicação destes princípios e diretrizes aos trabalhadores de saúde contratados pelos prestadores de serviços de saúde privados (filantrópicos e lucrativos), contratados e conveniados pelo SUS.

3.8.6 Do Ingresso nos Serviços de Saúde do SUS e na Carreira da Saúde:

3.8.6.1 O Concurso Público é a única forma de ingresso nos

Serviços e na Carreira da Saúde no serviço público (Administração Direta e Indireta, incluindo as Agências Executivas, as Organizações Sociais, onde houver, e os Consórcios Intermunicipais de Saúde);

3.8.6.2 A Seleção Pública é a forma de ingresso a ser estimulada nos serviços de Saúde e na Carreira da Saúde para os trabalhadores dos serviços privados de Saúde (filantrópicos e lucrativos).

3.8.7 Da Mobilidade:

Deve ser assegurada a mobilidade dos Trabalhadores do SUS na Carreira.

3.8.8 Da Qualidade:

Os Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCSs) estimularão o constante aperfeiçoamento, a qualificação e a formação profissional, no sentido de melhorar a resolubilidade das ações e serviços de Saúde e permitir a evolução ininterrupta dos trabalhadores do SUS na Carreira. Deverão ser definidos parâmetros e/ou períodos para que os trabalhadores tenham direitos e deveres quanto às possibilidades de afastamento temporário do trabalho para realizarem a qualificação profissional dentro ou fora do País.

3.8.9 Da Flexibilidade:

Os PCCSs adequar-se-ão periodicamente às necessidades e à dinâmica e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

3.8.10 Do Incentivo à Dedicação Exclusiva e Tempo Integral:

Os Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCSs) incluirão mecanismos legítimos de estímulo, propiciando vantagens financeiras, entre outras, aos trabalhadores

com dedicação em tempo integral ou dedicação exclusiva para a realização do seu trabalho, na área de abrangência do plano.

3.8.11 Dos Cargos de Livre Provimento:

Para o exercício das funções de direção, chefia e assessoramento, os cargos de livre provimento devem ser previstos e preenchidos considerando-se as atribuições do cargo e o perfil do profissional, reduzindo-se ao mínimo, para atenderem, exclusivamente, à estrutura organizacional de gestão do Sistema Único de Saúde, em cada esfera de governo. Os cargos e funções de gerenciamento de serviços de saúde devem ser preenchidos por trabalhadores da carreira do SUS, independente da esfera de gestão (Nacional, Estadual, Municipal) a que estejam vinculados.

3.8.12 Da Gestão Bilateral:

A elaboração dos PCCSs será executada no prazo máximo de 12 (doze) meses, após a aprovação da NOB/RH-SUS e a sua implementação será feita pelos gestores ou gerentes que deverá ser acompanhada pelos trabalhadores do SUS ou por suas entidades sindicais e membros das Mesas Permanentes de Negociação.

3.9 **Do Planejamento Estratégico e da Gestão Colegiada das Ações, Serviços e Projetos**

3.9.1 Todas as esferas de gestão e todos os níveis de gerência do Sistema Único de Saúde, bem como, os prestadores de serviços de saúde ao SUS, implantarão e implementarão, imediatamente, Processos de Planejamento Ascendentes e Descentralizados dos serviços de saúde, bem como, metodologias de Gestão Colegiada, propiciando a participação efetiva de diferentes níveis e segmentos, incluídos os usuários, através de conselhos locais (estimulando-se

o mesmo, nos serviços conveniados e contratados), distritais ou regionais.

3.9.2 A implantação e implementação dos Projetos Assistenciais contarão com a participação organizada dos Trabalhadores do SUS em seus locais de execução.

3.10 **Do Emprego e Desenvolvimento de Tecnologias para a Gestão do Trabalho no SUS**

Em todos os âmbitos de gestão e de operacionalização dos Sistemas de Saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional), bem como nos órgãos de ensino e pesquisa da área da saúde, será observada a necessidade de aquisição e implementação de tecnologias e equipamentos que facilitem o desenvolvimento do trabalho e que melhorem a qualidade dos serviços prestados à população.

3.11 **Da Organização de Base de Dados para um Sistema de Informação e de Comunicação sobre a Gestão do Trabalho no SUS**

Será organizado um Banco de Dados, em cada esfera de gestão, sobre os Recursos Humanos do SUS, que facilite uma avaliação permanente da capacidade de oferta e da necessidade de recursos humanos para realização de ações e serviços de saúde. Este Banco de Dados deverá ser atualizado sistematicamente, para ser utilizado no planejamento do Sistema de Saúde, nas ações de desenvolvimento de recursos humanos, na administração dos recursos humanos e para o controle social da Gestão do Trabalho no SUS.

3.12 **Da Negociação entre Gestores e Prestadores de Serviço × Trabalhadores do SUS**

3.12.1 Fica definida a instalação, no prazo de um ano após a

publicação da NOB/RH-SUS, de Mesas Permanentes de Negociação, vinculadas aos respectivos conselhos de saúde, com composição paritária (gestores ou prestadores de serviços de saúde x trabalhadores), em todos as esferas de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estimulando-se o mesmo nas Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde ao SUS e as entidades sindicais, representantes dos trabalhadores do SUS.

3.12.2 Os Estados e Municípios têm o prazo de 12 (doze) meses, a partir da publicação da NOB/RH-SUS, para encaminharem à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), documento formal de Constituição das Mesas Permanentes de Negociações, assinado por todos os seus membros.

3.12.3 Fica estabelecido que os Instrumentos Formais de Acordo e Pactuação entre Gestores/Prestadores de Serviços de Saúde e Trabalhadores do SUS são os seguintes:

3.12.3.1 acordo Coletivo de Trabalho para o Setor Público;

3.12.3.2 contrato Coletivo de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho ou Convenção Coletiva de Trabalho, para o Setor Privado.

3.12.4 Fica recomendado que os Gestores e os Prestadores de Serviços de Saúde apresentem, anualmente, aos seus respectivos conselhos de saúde, o documento de Acordo Coletivo de Trabalho, Contrato Coletivo de Trabalho ou Convenção Coletiva de Trabalho, devidamente atualizados.

3.12.5 Dos Processos Administrativos:

Toda conduta do Trabalhador do SUS inadequada à rea-

lização de ações e serviços de saúde, às relações de trabalho e às relações com os usuários do Sistema de Saúde, deverá ser apurada através de Processos Administrativos, assegurada a ampla defesa.

3.12.5.1 Para os trabalhadores públicos cedidos de uma esfera de governo à outra, os Processos Administrativos devem ser abertos pelo Gestor que administra o servidor em gestão descentralizada (cedido), que encaminhará o processo administrativo ao nível de gestão contratante, para aplicação das medidas apontadas, assegurada a ampla defesa.

3.12.5.2 A esfera de governo que descumprir a NOB/RH-SUS terá esta situação pautada no respectivo Conselho de Saúde, visando à reversão desta atitude, e, se necessário, esta ocorrência deverá ser remetida pelo Conselho de Saúde ao Ministério Público, ao respectivo Tribunal de Contas e a outras instâncias competentes, para as providências cabíveis.

3.13 Do Órgão Gestor da Política de Recursos Humanos do SUS

Cada nível de gestão do SUS deve ter o seu componente gestor da política de Recursos Humanos para o SUS.

3.14 Do Financiamento do Trabalho no Setor Saúde

3.14.1 A União deve financiar, com a contrapartida de recursos dos Estados e dos Municípios, a Política de Recursos Humanos para o SUS.

3.14.2 A União deve definir, no repasse de recursos, formas de incentivo às diferentes esferas de gestão do SUS que cumprirem a NOB/RH-SUS em seus diversos aspectos.

3.14.3 Garantir recursos financeiros da saúde, das três esferas de governo, para a implementação da Política de Recursos Humanos para o SUS, especialmente, para a implementação de PCCS e para o desenvolvimento dos trabalhadores, necessários à implementação do respectivo Plano de Saúde.

3.14.4 Assegurar recursos financeiros específicos, em leis orçamentárias, para garantir o funcionamento de núcleos ou centros formadores de Recursos Humanos para o SUS.

3.14.5 Definir em orçamentos próprios dos Ministérios do Trabalho (FAT) e da Saúde, recursos financeiros para o desenvolvimento de programas de capacitação, específicos para trabalhadores da Saúde.

3.14.6 Garantir nas leis de diretrizes orçamentárias e nas leis orçamentárias, recursos da União, Estados e Municípios, para o desenvolvimento dos Recursos Humanos para o SUS em todos os níveis de escolaridade e para todas as categorias profissionais do serviço público de saúde.

3.14.7 Os gestores deverão buscar cooperação financeira junto às instituições e organismos nacionais e internacionais, visando à captação de recursos que viabilizem a implementação de processos de formação dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde, desde que não gerem ônus para o País, por contrapartidas e empréstimos.

3.14.8 Garantir a capacitação dos gestores e dos gerentes de serviços de saúde com o objetivo de melhorarem o desempenho de suas funções, especialmente para a condução de processos de negociação coletiva.

3.14.9 Viabilizar o repasse de recursos de ordem Constitucional, no Orçamento da União para o Ministério da Saúde, para o desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde, por reordenamento e integração de recursos já existentes e definidos para este fim nas áreas da Saúde e da Educação.

3.14.10 Os Estados e os Municípios deverão comprovar a destinação de recursos, de seus orçamentos anuais, para a Saúde Ocupacional dos Trabalhadores Públicos, com rubrica específica.

4. Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS

A qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. Os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da Saúde passam a exigir novos perfis profissionais. É imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, por meio da formulação de diretrizes curriculares que contemplem as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do País; da implementação de política de capacitação de docentes orientada para o SUS; da formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão; e da garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão. Esta formação deverá se dar, prioritariamente, nas instituições públicas de ensino.

4.1 Das Atribuições e Responsabilidades dos Gestores de Saúde Municipais, Estaduais e Federal e do Ministério da Educação sobre a Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS

4.1.1 Dos Gestores do SUS das três esferas de Gestão:

4.1.1.1 estabelecer mecanismos de negociação intersetorial – saúde/educação – com os respectivos gestores da educação ou dirigentes de escolas, para um progressivo entendimento, com vistas a uma ação integrada e cooperativa que busque ajustar qualitativa e quantitativamente a instituição formadora às demandas e necessidades do SUS em âmbito dos sistemas municipais, estaduais e federal de saúde com o estabelecimento e a definição de responsabilidades conjuntas;

4.1.1.2 estruturar com o Ministério da Educação, do Trabalho e da Previdência Social, e seus respectivos órgãos estaduais e municipais, sistemas de informações unificados que tornem disponíveis, para as três esferas de gestão do Sistema de Saúde, os dados necessários ao planejamento das ações de formação de trabalhadores do SUS, compatíveis com as demandas do Sistema Único de Saúde;

4.1.1.3 buscar cooperação técnica junto a instituições e organismos nacionais e internacionais, desde que não gerem ônus para o País, por contrapartidas e empréstimos visando à implementação de processos de formação dos trabalhadores do SUS;

4.1.1.4 participar na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

4.1.1.5 garantir e incentivar a formação dos trabalhadores do SUS de nível básico, técnico e superior, em especial naquelas áreas prioritárias para o funcionamento do Sistema, utilizando a metodologia, experiência e infra-estrutura das escolas de governo vinculadas às secretarias municipais e de estado de saúde, escolas técnicas federais e universidades da localidade ou de sua região;

4.1.1.6 garantir no respectivo orçamento, recursos que garantam a manutenção dos centros formadores de Recursos Humanos pessoal e das escolas técnicas de saúde existentes no seu âmbito, proporcionando o seu pleno funcionamento, em busca da qualidade do processo de capacitação, atendendo às diretrizes traçadas para a política de recursos humanos do SUS;

4.1.1.7 garantir e incentivar a formação profissional dos trabalhadores que não dispõem de ensino fundamental, de educação especial e qualificação profissional, prioritariamente nas áreas essenciais ao funcionamento do sistema;

4.1.1.8 elaborar e estabelecer mecanismos para realizar a reclassificação do trabalhador, no PCCS, após a formação;

4.1.1.9 favorecer a mudança dos currículos universitários, incluindo a abertura de campos de estágio para a formação dos trabalhadores do SUS, tendo o trabalho como referência e eixo central do processo ensino-aprendizagem. Os convênios entre os gestores, as escolas técnicas e universidades devem ser vinculados aos princípios e aos objetivos do SUS, construindo juntos também, a metodologia pedagógica;

4.1.1.10 implementar a capacitação permanente em serviço para os trabalhadores de todos os níveis de escolaridade;

4.1.1.11 qualificar a capacidade instalada e preparar os trabalhadores dos serviços para receberem os estagiários. Os profissionais do quadro permanente com cursos de especialização, mestrado, entre outros, deverão ser aproveitados como formadores;

4.1.1.12 buscar a incorporação e a participação das instituições de ensino em programas institucionais multidisciplinares e transdisciplinares, que tenham como objetivo a melhoria da qualidade de vida;

4.1.1.13 buscar, junto às instituições de ensino, a revisão e avaliação dos currículos dos cursos da área de Saúde, fundamentando-os na articulação ensino-serviço, tendo como referência a situação epidemiológica e demográfica da região. Como eixo nucleador permanecerá o compromisso ético e político dos profissionais com a população, valorizando na formação e qualificação dos trabalhadores de saúde a ampliação do conceito de saúde, a humanização, a ética, trabalho, ambiente, ecologia e cidadania, utilizando as diversas áreas de conhecimen-

to como a filosofia, a sociologia, a antropologia, a psicologia, a ciência política, a economia, entre outras. Valorizar conteúdos específicos como os de política de saúde e os que contemplem o pleno desenvolvimento dos recursos humanos enfatizando o processo de trabalho em saúde (no SUS), as questões de gênero e raça e as práticas não convencionais;

4.1.1.14 avaliar e certificar as competências profissionais dos egressos dos cursos de qualificação profissional;

4.1.1.15 promover o desenvolvimento, nos trabalhadores de saúde, da competência e habilidade para o acolhimento (capacidade de reconhecer e promover soluções para as necessidades dos usuários do sistema de saúde);

4.1.1.16 estabelecer, juntamente com as escolas de saúde, diretrizes para programas de Pós-graduação (especialização) adequados para o SUS;

4.1.1.17 instituir campos para estágio curricular obrigatório, com supervisão, em convênio com as instituições de ensino;

4.1.2 Do Gestor Federal do SUS:

4.1.2.1 ordenar a formação de recursos humanos para o setor Saúde, juntamente com o Ministério da Educação;

4.1.2.2 propor diretrizes curriculares nacionais para o ensino fundamental, técnico e tecnológico;

4.1.2.3 viabilizar, de forma descentralizada a realização conjunta de cursos entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, por meio das escolas da área da Saúde, sobre o gerenciamento de serviços, observando-se as peculiaridades locais, o perfil epidemiológico, a territorialidade e o nível de escolaridade dos participantes;

4.1.2.4 promover a articulação entre os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de Saúde;

4.1.2.5 implementar sistemas de certificação de competência profissional dos egressos dos cursos de qualificação profissional;

4.1.2.6 criar mecanismos para a implementação de estágio obrigatório nos serviços de saúde do SUS que deve fazer parte dos critérios de definição de qualidade para a certificação ou acreditação institucional das escolas de saúde;

4.1.2.7 priorizar a capacitação de recursos humanos para os programas de saúde da família;

4.1.2.8 instituir "serviço civil obrigatório" na rede de serviços do SUS, para todas as categorias profissionais da área da Saúde, a ser realizado preferencialmente, nos municípios de médio e pequeno porte, com tempo mínimo de duração definido, incluindo o ensino superior de escolas públicas e privadas, com o objetivo de assegurar as condições necessárias para uma atenção de qualidade à população por meio de condições de trabalho adequadas e de suporte técnico-científico de profissionais graduados.

4.1.3 Dos Gestores Estaduais do SUS:

4.1.3.1 propiciar e viabilizar a participação das instituições de ensino nos serviços de saúde do SUS, mediante a realização de atividades conjuntas com as Escolas de ensino fundamental, médio, superior (incluindo a graduação e a pós-graduação) e de educação permanente; pesquisas e extensão; avaliação de serviços e pro-

gramas de Saúde, especialmente naqueles municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica de Saúde;

4.1.3.2 incentivar e aprimorar os centros formadores de RH do SUS, como parte da política de Recursos Humanos em saúde, das secretarias estaduais e municipais, com funcionamento integrado com a rede de ensino estadual e municipal, direcionados ao fortalecimento do controle da sociedade sobre o SUS, inclusive com a oferta de programas de estudo da política e legislação do SUS, para usuários da rede pública ou entidades representadas nos respectivos conselhos de saúde.

4.1.4 Dos Gestores Municipais do SUS:

4.1.4.1 garantir o acesso à escolaridade fundamental a todos os trabalhadores do SUS;

4.1.4.2 propiciar e viabilizar a participação das instituições de ensino nos serviços de saúde do SUS, mediante a realização de atividades conjuntas com as Escolas de ensino fundamental, médio, superior (incluindo a graduação e a pós-graduação) e de educação permanente; pesquisas e extensão; avaliação de serviços e programas de Saúde;

4.1.4.3 incentivar e aprimorar os centros formadores de RH do SUS, como parte da política de Recursos Humanos em saúde, das secretarias estaduais e municipais, com funcionamento integrado com a rede de ensino estadual e municipal, direcionados ao fortalecimento do controle da sociedade sobre o SUS, inclusive com a oferta de programas de estudo da política e legislação do SUS, para usuários da rede pública ou entidades representadas nos respectivos conselhos de saúde.

4.1.5 Do Ministério da Educação:

4.1.5.1 regulamentar, manter, reestruturar e ampliar as residências já existentes na área da Saúde e criar novos programas adequados às necessidades do SUS e das equipes multi e transdisciplinares de saúde. As propostas de cada curso devem ser apresentadas e deliberadas pelos conselhos de saúde da área de abrangência (do município ou do estado), de acordo com as necessidades locais;

4.1.5.2 propiciar e viabilizar a participação das instituições de ensino nos serviços de saúde do SUS, mediante a realização de atividades conjuntas com as Secretarias de Saúde nas áreas de ensino fundamental, médio, superior (incluindo a graduação e a pós-graduação) e educação permanente; pesquisas e extensão; avaliação de serviços e programas de Saúde.

4.2 Da Educação Permanente para o Processo de Trabalho no SUS

Considerando-se a necessidade de se implementar o SUS, com base em novos modelos assistenciais e de gestão, é imprescindível que o modelo de educação permanente seja baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema, bem como nas atribuições e competências definidas para os diferentes trabalhadores do SUS e para as equipes de trabalho, conforme sua localização no Sistema de Saúde, que facilite uma interlocução permanente entre educação, trabalho e regulação.

4.2.1 Os Gestores das três esferas de gestão do SUS deverão

elaborar, anualmente, um Programa Institucional de Educação Permanente para todos os níveis de atuação do conjunto de trabalhadores da Saúde sob suas responsabilidades.

4.2.1.1 Os Programas Institucionais de Educação Permanente deverão assegurar a formação e a capacitação dos trabalhadores em Saúde para que se desenvolvam na carreira e atuem de forma a propiciar um atendimento de qualidade para o usuário, proporcionando a elevação da auto-estima dos próprios trabalhadores.

4.2.1.2 Os Programas Institucionais de Educação Permanente devem garantir a realização de atividades que promovam a educação para a gestão do trabalho em saúde, incluindo-se o desenvolvimento do trabalhador; a administração de pessoal; a utilização de fontes de informações intra e extra-setoriais; a análise de sistemas de relações de trabalho; a análise de sistemas de retribuições e incentivos; a gestão dos planos de carreira, cargos e salários e os processos de negociações.

4.2.1.3 Organizar Centros de Estudos nas unidades de saúde, que devem ser considerados como células básicas de discussão técnica que fomentam o desenvolvimento do trabalhador do SUS.

4.2.1.4 Definir normas, padrões, protocolos e rotinas para a liberação do trabalhador para participar de eventos de capacitação e aperfeiçoamento profissional.

4.3 Da Avaliação do Desenvolvimento do Trabalhador do SUS

Os Programas Institucionais de Educação Permanente devem prever a realização de avaliação do desenvolvimento do trabalhador do SUS, que deverá contemplar os diferentes níveis de formação, a complexidade da atividade desempenhada e o grau de responsabilidade técnica, considerando-se o modelo de atenção, o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico-assistencial e as demais especificidades locais. Deverão ser utilizados indicadores de impacto dos processos de desenvolvimento sobre o atendimento à população (qualidade).

5. Princípios e Diretrizes da Política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS

5.1 Da Conceituação

A Saúde Ocupacional do Trabalhador é uma condição de vida própria de coletividades humanas em seus ambientes de trabalho, que pode ser previsível em termos estatísticos, possibilitando ações coletivas e individuais objetivando o controle, em especial, pela vigilância e interferência no ambiente de trabalho.

O trabalho em saúde é reconhecidamente um trabalho que implica exposição a diversos fatores de risco potencialmente causadores de agravos, doenças, lesões e acidentes. Esses riscos vão desde aqueles decorrentes do contato com os pacientes e ambientes, a exemplo dos clássicos riscos biológicos, até aqueles menos identificados como relacionados ao trabalho, a exemplo do sofrimento psíquico, passando por fatores físicos (ruído, calor, radiações ionizantes), químicos (gases, medicamentos, produtos de limpeza e desinfecção, etc.) e fatores relacionados às cargas de trabalho e demandas ergonômicas (esforço físico, posturas, organização do trabalho, trabalho em turnos, etc.).

A Saúde do Trabalhador do SUS constitui um valor social público, para o qual concorrem dimensões sociais, políticas, econômicas, ambientais e organizacionais, que demandam o estabelecimento e desenvolvimento de políticas, planos, programas, projetos e ações de promoção e proteção da saúde, de controle e vigilância dos riscos advindos das condições e dos ambientes e processos de trabalhos, de prevenção e detecção de agravos, de recuperação e

reabilitação da saúde e da capacidade de trabalho e qualidade de vida.

Os trabalhadores destinatários dessas políticas, planos, projetos e ações compreendem todos os trabalhadores do SUS dos serviços públicos, contratados e conveniados.

5.2 **Dos Objetivos**

5.2.1 Promover a saúde dos trabalhadores do SUS, através de um leque de ações que vão desde o controle dos riscos existentes nos ambientes e processo de trabalho, à prevenção de agravos de relevência epidemiológica, a ações de recuperação e reablitação física, psicossocial e profissional.

5.2.2 Promover uma nova concepção e uma nova cultura relativas ao ambiente de trabalho saudável, que substitua a cultura prevalente da manutenção do ambiente insalubre, gerador de “adicional de insalubridade”.

5.2.3 Criar condições dignas de trabalho e garantir a melhoria da qualidade de vida no trabalho, mediante o desenvolvimento de ações de vigilância e controle dos riscos advindos dos ambientes e processos de trabalho, de promoção e educação em saúde e de incentivo à melhoria das relações interpessoais e grupais nos ambientes de trabalho.

5.2.4 Realizar e manter atualizado o mapeamento de riscos ocupacionais, por setor e postos de trabalho, em cada estabelecimento, desenvolvendo as medidas apropriadas de controle, monitoramento e eliminação dos riscos identificados.

5.2.5 Preservar, promover, recuperar e reabilitar a capacidade profissional e a saúde dos trabalhadores do SUS sub-

metidos aos riscos e agravos advindos das condições de seu trabalho no sistema de saúde.

5.2.6 Monitorar e acompanhar os indicadores de saúde dos trabalhadores, de forma a subsidiar as ações, planos e projetos de vigilância, prevenção e promoção.

5.3 **Da Organização da Atenção à Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS**

Para a atenção à saúde do trabalhador do SUS, devem ser obedecidos os mesmos princípios do Sistema Único de Saúde, que podem ser lidos da seguinte forma:

5.3.1 Universalidade: incluir, nos planos, programas e ações, todos os trabalhadores, independente de sua forma de contratação, sejam estatutários, celetista, contratados por regime especial, temporários ou terceirizados.

5.3.2 Promoção da saúde: opção pela estratégia da promoção da saúde, enquanto resultado de um conjunto de ações que vão desde o controle de riscos, à prevenção de agravos, recuperação de danos e reabilitação, passando por ações de reeducação.

5.3.3 Integralidade da atenção: garantir a articulação das ações de assistência e recuperação dos agravos com ações de prevenção e intervenção sobre seus fatores determinantes e de promoção da saúde. Ou seja, articular ações individuais/curativas com ações coletivas, de vigilância sobre os ambientes, processsos e atividades de trabalho, considerando-se que os agravos à saúde do trabalhador são potencialmente preveníveis.

5.3.4 Garantia do direito à atenção aos trabalhadores vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho,

incluindo, além de outras, o tratamento, a recuperação e a reabilitação física, psicossocial e profissional.

5.3.5 Garantia do direito à informação aos trabalhadores sobre os riscos existentes nos ambientes, processos e atividades de trabalho e suas consequências sobre a saúde.

5.3.6 Deverá ser assegurada a assistência integral à saúde do trabalhador do SUS, por meio da rede pública de saúde e do serviços conveniados e contratados pelo SUS.

5.3.7 As ações de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS serão regionalizadas e hierarquizadas, desde as básicas até as especializadas, obedecendo a um sistema de referência local ou regional, de acordo com as necessidades, as características e as especificidades do proceso de trabalho em saúde.

5.3.8 Deverá ser garantido o desenvolvimento das ações básicas, organizadas da seguinte forma:

5.3.8.1 da Vigilância dos Ambientes, Processos e Atividades de Trabalho:

- deverão ser desenvolvidas ações de promoção à saúde e de ambientes de trabalho saudáveis;

- todas as unidades de saúde deverão elaborar um programa de prevenção de riscos ambientais, com objetivo de reconhecimento, avaliação, controle e monitoramento dos riscos que existam ou possam vir a existir no ambiente de trabalho e nos processos de trabalho;

- desenvolver e implementar as ações voltadas para o controle de riscos específicos, de forma integrada com

outros programas e setores existentes nas unidades de saúde com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, Programas de Qualidade ou Acreditação, entre outros;

- estruturar momentos de atividades de ginástica laboral, relaxamento, alongamento e outros, objetivando a integração, prevenção do *stress*, e doenças relacionadas ao trabalho, visando à melhoria no atendimento interno e externo;

- utilizar critérios epidemiológicos – magnitude, gravidade, dimensionamento da população exposta e dos riscos, factibilidade da intervenção, para a priorização dos programas de controle de riscos. Exemplos de riscos específicos que podem ser priorizados: fatores ergonômicos; riscos de contaminação biológica; riscos químicos; controle da exposição a radiação ionizante; fatores relacionados à organização do trabalho, à natureza do trabalho e à saúde mental (carga psíquica, *stress,* sofrimento psíquico); outros riscos detectados como importantes;

- priorizar sempre a adoção de medidas de prevenção coletivas, garantindo adequada utilização de equipamentos de proteção individual de qualidade, sempre que estes se fizerem necessários;

- articular-se com as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.

5.3.8.2 Da Assistência à Saúde:

- todas as unidades de saúde deverão elaborar um programa de acompanhamento da situação de saúde dos trabalhadores, que se constituirá enquanto parte de um conjunto mais amplo de iniciativas de prevenção e

promoção à saúde dos trabalhadores. Esse programa partirá necessariamene do diagnóstico dos riscos existentes nos ambientes e processos de trabalho, associado às condições clínicas de cada indivíduo;

- no escopo desse programa constarão, no mínimo, os seguintes elementos: a) realização de exames médicos pré-admissionais, periódicos, de retorno de função, de mundança de função e demissionais; b) monitoramento biológico para os trabalhadores expostos a riscos específicos, para os quais existem indicadores de exposição e de efeito; c) monitoramento do quadro clínico de todos os trabalhadores, através da avaliação clínica, laboratorial e demais exames complementares pertinentes; d) implementação de ações educativas e de promoção da saúde para todos os trabalhadores – espaços criativos de reflexão sobre a saúde;

- deverão ser garantidos recursos diagnósticos apropriados para a detecção precoce de agravos relacionados ao trabalho;

- deverão ser garantidos todos os recursos necessários para o tratamento adequado, para a recuperação da saúde e prevenção de seqüelas para o trabalhador acidentado ou acometido de doença relacionada ao trabalho, neles incluídos a concessão de órteses e próteses e a assistência farmacêutica;

- ao trabalhador acidentado ou acometido de doença relacionada ao trabalho deverá ser garantida a reabilitação física e psicossocial, nelas incluídas a fisioterapia, a terapia ocupacional e as psicoterapias;

- ao trabalhador acidentado ou acometido de doença relacionada ao trabalhado deverá ser garantida a reabilitação profissional, constituída pela avaliação da capa-

cidade laborativa, treinamento para a mesma ou outra função, retorno ao trabalho (na mesma ou em outra função), acompanhamento da reinserção ou readaptação ao trabalho e avaliação do processo de reabilitação, em articulação com os setores de previdência social;

- promover a integração entre a saúde e a previdêndcia social na qual os trabalhadores estejam vinculados, buscando maior resolubilidade das questões da área da Saúde ocupacional do trabalhador, especialmente no tocante ao fluxo de informações, ao reconhecimento do risco, e no estabelecimento do nexo causal relacionado à saúde e ao processo de trabalho, garantindo a capacitação permanente das perícias médicas;

- deverá ser assegurada a articulação com outros programas da área de Saúde coletiva, a exemplo de programas de controle e prevenção de doenças transmissíveis, de doenças crônico-degenerativas, de saúde da mulher, de saúde do trabalhador, e setores de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, entre outros.

5.3.9 Instituir mecanismos e instrumentos de atenção à saúde ocupacional dos trabalhadores do SUS, bem como, organizar sistemas de informações sobre esta atenção em todas as esferas de gestão do Sistema de Saúde nos centros de atenção a saúde do trabalhador em geral.

5.3.10 Garantir recursos orçamentários de cada esfera de governo, para a implantação, a estruturação, o desenvolvimento e a manutenção dos Serviços de Saúde do Trabalhador, incluindo a estrutura física necessária, a manutenção dos recursos humanos, assim como, a contrapartida dos governos para a previdência social na qual estiver vinculado o trabalhador, para que sejam asseguradas as garantias para os acidentados de traba-

lho, as aposentadorias especiais por invalidez e outros.

5.3.11 Cumprir a Lei nº 6.514/77 que estabelece normas e prevenção de doenças, como, por exemplo, a NOB - NOST - SUS Portaria nº 3.908, de 30/10/98; a Portaria nº 3.214/78 MTb; a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador e a Portaria nº 3.120 de 1º/7/98, entre outras.

5.3.12 Do Acompanhamento e Avaliação das Ações e Serviços de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS:

- deverão ser definidos indicadores de morbimortalidade e de acompanhamento e avaliação dos serviços, tais como: taxas de incidências de agravos por unidade, por ocupação; taxas de mortalidade; números de exames médicos (periódicos, pré-admissionais, de mudança e de retorno de função, demissionais) realizados por unidade; número de casos notificados por unidade; números de casos investigados; números de unidades que implantaram os serviços; número de unidades que instituíram as Comissões Locais de Saúde do Trabalhador, etc.

5.3.13 Dos Serviços, Setores, Unidades ou Programas de Saúde do Trabalhador:

- deverão ser organizados serviços, setores, unidades ou programas de saúde ocupacional do trabalhador do SUS para determinadas unidades, a partir de critérios que combinem, pelo menos, a gravidade potencial dos riscos com o número de trabalhadores expostos ao mesmos;

- a partir desses critérios, deverá ser padronizada uma tipificação das unidades de saúde, definindo-se a equi-

pe mínima de profissionais, para cada uma das unidades, a partir desta tipificação;

- para tipificação das unidades deverá se proceder à análise dos processos de trabalho e avaliação dos riscos ocupacionais em cada unidade ou selecionar unidades padrão, segundo níveis de complexidade e especificidade (exemplo, hospital geral de grande porte, hospital regional de médio porte, hospital local de pequeno porte, hospital de referência para doenças infecciosas, centro de saúde de médio porte com laboratório); para unidades menores poderá ser prevista uma unidade de referência que se responsabilizará pela atenção à saúde e acompanhamento dos trabalhadores de várias unidades, desde que próximas geograficamente e localizadas no mesmo município.

5.3.14 Dos Recursos Humanos:

5.3.14.1 as ações e serviços de saúde dos trabalhadores do SUS (Serviços de Saúde Ocupacional) serão executados por equipe multiprofissional com formação e capacitação técnica em saúde do trabalhador;

5.3.14.2 a equipe mínima de profissionais deverá ser dimensionada considerando o número de trabalhadores e as especificidades da unidade em termos de riscos à saúde;

5.3.14.3 a equipe será composta, no mínimo, por: assistentes sociais, enfermeiros, engenheiros de segurança, engenheiros químicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, sanitaristas, epidemiólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos ambientais, inspetores sanitários de nível médio, entre outros, lotados nos Serviços de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS.

5.4 Do Sistema de Informações

5.4.1 Deverá ser estruturado e mantido um sistema de informações para a atenção à Saúde do Trabalhador do SUS, do qual constará a notificação de acidentes e doenças do trabalho, de forma integrada aos sistemas de informações em saúde já existentes, bem como, o registro adequado das condições de trabalho, viabilizando a produção de informações e auxiliando a tomada de decisões.

5.4.2 Os acidentes e doenças relacionados ao trabalho deverão ser incluídos nas listas de doenças/agravos de notificação compulsória, devendo ser incluídos no Sistema de Informações de Agravos e Notificação (SINAN), para este fim.

5.4.3 A relação com o trabalho e os casos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho deverão ser registrados também no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), sempre que cabível.

5.4.4 Todos os acidentes e doenças relacionados ao trabalho deverão ser registrados e investigados pelas Comissões Locais de Saúde do Trabalhador das Unidades ou Serviços de Saúde e pela equipe de Saúde do Trabalhador. Esses registros deverão gerar dados compilados em relatório anual.

5.4.5 Nos casos de trabalhadores empregados em regime celetista, devendo eles serem segurados da Previdência Social e cobertos pelo Seguro Acidente de Trabalho, deverá ser emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), além do instrumento de notificação do SUS.

5.4.6 As notificações serão feitas pela gerência das unidades de saúde, ou pelos responsáveis pela atenção à saúde ocupacional dos trabalhadores do SUS de cada unidade, aos órgãos competentes (setores de vigilância, sindicatos da categoria, Delegacia Regional do Trabalho, setores da Previdência), por meio de documento específico (Ficha de Notificação/Investigação do SINAN ou similiar, Comunicação de Acidente do Trabalho – CAT).

5.4.7 Cada unidade deverá criar e manter registros e cadastros sobre os fatores de risco, as exposições e as condições dos ambientes e processos de trabalho, bem como, dos indicadores de acompanhamento e monitoramento desses riscos.

5.5 Das Comissões Locais de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS

5.5.1 Os órgãos gestores federal, estaduais e municipais ficam obrigados a instituir e manter Comissões de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS, por local de trabalho, assegurando a participação dos trabalhadores nas decisões que envolvam a garantia da qualidade das condições de saúde, individuais e coletivas, de trabalho e meio ambiente.

5.5.2 A Comissão Local de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS tem como objetivo a promoção da Saúde dos indivíduos e das equipes de trabalho, no local de trabalho, visando a ultrapassar a prevenção de acidentes. Seu propósito é atuar no conjunto de fatores que agem direta ou indiretamente sobre a saúde dos trabalhadores do SUS, assegurando a participação desses nas decisões que envolvam a garantia de boas condições individuais e coletivas de trabalho na área da Saúde.

5.5.3 Todos os membros das Comissões Locais de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS serão eleitos, pelos trabalhadores, em todas as unidades de saúde, com o objetivo de contribuir com a implementação das ações e serviços de saúde ocupacional do trabalhador do SUS, preservando o princípio da participação dos representantes dos trabalhadores nos diversos níveis de decisão.

5.5.4 Os Sindicatos dos Trabalhadores poderão participar das reuniões, podendo solicitar atas e quaisquer documentos da Comissão, assim como, acompanhar inspeções e visitas aos locais de trabalho.

5.5.5 Das Atribuições das Comissões de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS:

5.5.5.1 propiciar discussão sobre os problemas referentes à saúde dos trabalhadores do SUS, em todos os locais de trabalho;

5.5.5.2 promover e desenvolver ações que visem à melhoria da segurança nos locais de trabalho, com ênfase na identificação e na análise do controle dos agravos e de riscos de acidente de trabalho, garantindo a utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva aos trabalhadores;

5.5.5.3 participar do processo de organização dos trabalhadores em seu local de trabalho;

5.5.5.4 participar e acompanhar o desenvolvimento dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores e do controle de riscos no ambiente de trabalho, acompanhando os técnicos nas inspeções, nos mapeamentos de riscos e nas atividades de avaliação e planejamento;

5.5.5.5 suspender atividades laborativas, em caso de risco acentuado, até que esteja controlado;

5.5.5.6 mobilizar e sensibilizar os trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, estimulando-os a adotar atitudes e comportamentos protetores para a saúde, em conjunto com os sindicatos;

5.5.5.7 realizar inspeção nos locais de trabalho, quando houver denúncia de risco a saúde e segundo cronograma planejado previamente;

5.5.5.8 participar da definição da **periodicidade** das visitas de inspeção nos locais de trabalho, independente de **denúncias** de risco;

5.5.5.9 elaborar Mapa de Risco dos locais de trabalho;

5.5.5.10 elaborar Árvore de Causas quando houver acidentes de trabalho;

5.5.5.11 estabelecer intercâmbio com a Vigilância Epidemiológica, com a Vigilância Ambiental e com a Vigilância Sanitária dos respectivos órgãos gestores de saúde, para a notificação de doenças relacionadas ao trabalho e acidentes de trabalho (específico para os trabalhadores dos respectivos Sistemas de Saúde), sempre que os setores responsáveis não o fizerem;

5.5.5.12 participar da organização de Sistemas de Informações com o objetivo de informar à Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária, aos órgãos gestores da Saúde, auxiliando na atualização das estatísticas relativas aos acidentes e às doenças relacionados ao trabalho;

5.5.5.13 participar da elaboração de pautas de reivindicação da categoria de forma a propiciar a incorporação das questões de proteção à saúde e prevenção de riscos ocupacionais nos dissídios e acordos coletivos;

5.5.5.14 acompanhar o andamento dos processos de perícias médicas previdenciárias, bem como tratamentos, reabilitação, readaptação e retorno ao trabalho;

5.5.5.15 participar ou promover eventos, cursos, treinamentos e demais ações de promoção em saúde do trabalhador.

5.5.6 Dos Direitos dos Membros da Comissão de Saúde:

5.5.6.1 os membros da Comissão de Saúde Ocupacional do Trabalhador não poderão ser removidos, redistribuídos ou transferidos, de ofício, desde a inscrição da chapa e durante a vigência do seu mandato e terão estabilidade no trabalho até um ano após a vigência do mandato;

5.5.6.2 ao Secretário Executivo será concedida dispensa de suas atribuições, no órgão ou na entidade, para o desempenho de suas funções;

5.5.6.3 os demais membros das Comissões serão liberados de suas atribuições e funções por, no mínimo, quatro horas semanais, para o desempenho de suas funções;

5.5.6.4 os membros da Comissão serão liberados de suas funções para a realização de cursos, treinamentos e capacitações, propostos por Entidades Sindicais, por Conselhos Profissionais e Associações Profissionais, por Conselhos de Saúde ou aqueles promovidos pela própria instituição, mediante solicitação por escrito do Secretário Executivo às chefias imediatas;

5.5.6.5 as entidades representativa dos trabalhadores poderão designar um membro para fiscalizar o processo eleitoral;

5.5.6.6 as entidades sindicais representativas dos trabalhadores convocarão assembléia ou plenárias específicas para a formação da Comissão Eleitoral.

5.6 Das Atribuições dos Gestores do SUS, das Três Esferas de Governo

5.6.1 Caberá aos gestores do SUS, da União, dos estados e dos municípios, a exigência, o custeio, o desenvolvimento, a implementação e a fiscalização do cumprimento das medidas previstas nos planos, projetos, serviços e ações de Atenção à Saúde do Trabalhador do SUS, aplicáveis a todos os trabalhadores do SUS, independente do tipo de vínculo (regidos pelo regime estatutário, CLT, vínculo direto ou terceirizados), em cada âmbito de gestão.

5.6.2 Nos casos de trabalhadores dos serviços de saúde contratados e conveniados caberá aos gestores do SUS fiscalizar o cumprimento das normas de saúde e segurança por parte dos mesmos, em caráter de responsabilidade solidária, tal como prevê a legislação trabalhista.

5.6.3 Caberá a cada esfera de governo, garantir recursos orçamentários para a implantação, estruturação, desenvolvimento e manuntenção dos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores do SUS, incluíndo a estrutura física e recursos tecnológicos necessários à contratação e à manuntenção de recursos humanos, bem como, a contrapartida dos governos para a previdência social à qual estiver vinculado o trabalhador.

5.6.4 As Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos (CIRH), dos conselhos de saúde, deverão acompanhar o repasse das contribuições.

5.6.5 Garantir articulação e integração dos diversos níveis, setores e programas do sitema desde à atenção básica hospitalar, até as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.

5.6.6 Garantir a articulação e a integração dos diversos níveis, setores e programas do sistema com os respectivos institutos e serviços previdenciários a que estão filiados os trabalhadores.

5.6.7 Normatizar o funcionamento dos serviços de atenção à saúde ocupacional dos trabalhadores do SUS em seu âmbito de competência, incluindo os seus trabalhadores nos Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

5.6.8 Garantir a capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde do trabalhador.

5.6.9 Garantir o aporte de recursos para o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde do trabalhador.

5.7 Do Controle Social da Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS

5.7.1 O Controle Social da gestão e das ações e serviços de saúde do trabalhador do SUS será exercido através da participação dos trabalhadores e das suas entidades (Sindicais, Comissões e Conselhos de Saúde) na organização de todo o Sistema: do planejamento, do estabelecimento de prioridades, da adoção de estratégias de enfrentamento de problemas, do acompanhamento da execução, da avaliação e do controle das ações de promoção, de prevenção, de vigilância e de assistência a saúde dos trabalhadores do SUS, e da aplicação de recursos.

5.7.2 As Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos (CIRH) dos conselhos de saúde deverão acompanhar o repasse das contribuições dos trabalhadores e do governo ao órgão de previdência, a fim de que seja

assegurada a aplicação correta desses recursos.

5.7.3 As CIRHs deverão realizar o acompanhamento e a fiscalização da implantação e da realização de exames de admissão, periódicos, demissionais, de mudança de função e retorno ao trabalho, junto aos Serviços de Atenção a Saúde do Trabalhador, definindo-se os exames periódicos de acordo com a faixa etária: de 18 a 45 anos, de 2 em 2 anos, para maiores de 45 anos e com exposição ao risco de adoecimento, anual.

5.7.4 Deverão ser instaladas Comissões Locais de Saúde do Trabalhador nas Unidades de Saúde.

6. Princípios e Diretrizes para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS

O controle social da gestão do trabalho no SUS deverá ser exercido a partir de três pressupostos básicos:

6.1 Gestão Participativa e com Controle Social

A Gestão do Trabalho nas três esferas de gestão do SUS deverá ser sempre submetida aos fóruns de participação popular (Conferências de Saúde) e de controle social do SUS (Conselho de Saúde) do respectivo sistema de saúde e pactuada, antes da sua execução, entre Gestores, Trabalhadores e Usuários, incluindo:

6.1.1 A participação efetiva do usuário na definição do Quadro de Recursos Humanos necessários à gestão do sistema e à execução dos respectivos Orçamentos e Planos de Saúde (nacional, estaduais e municipais).

6.1.2 O conhecimento e a análise dos cargos definidos como necessários à execução do plano.

6.1.3 A definição dos mecanismos de recrutamento de pessoal.

6.1.4 O acompanhamento do processo de concurso e seleção públicos.

6.1.5 O acompanhamento do processo de lotação.

6.1.6 A definição do modelo de atenção e do processo de trabalho.

6.1.7 O desenvolvimento dos Recursos Humanos existentes, baseado numa realidade epidemiológica local.

6.1.8 A participação no projeto de avaliação de desempenho dos trabalhadores, das equipes de trabalho, dos serviços e do sistema de saúde, incluindo a escolha dos indicadores mais apropriados considerando-se, pelo menos, os seguintes aspectos:

a) a infra-estrutura dos serviços de saúde;

b) os salários ou vencimentos dos trabalhadores;

c) a jornada de trabalho;

d) a satisfação dos usuários;

e) a acessibilidade aos serviços de saúde;

f) a participação dos trabalhadores da saúde em processos de formação e capacitação;

g) os indicadores de saúde;

h) o cumprimento das metas estabelecidas nos Planos de Saúde de cada esfera de gestão do SUS, entre outros.

6.1.9 A aprovação, a implementação e a adequação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

6.1.10 O acompanhamento e a avaliação dos salários, vantagens e benefícios concedidos ou negociados com os trabalhadores do SUS.

6.1.11 O acompanhamento da organização de Banco de Dados sobre a Gestão do Trabalho no SUS.

6.1.12 O acompanhamento dos Processos de Negociações Coletivas e dos acordos, convenções ou contratos coletivos de trabalho.

6.2 Fóruns de Deliberação sobre a Política de Gestão do Trabalho no SUS

As Conferências e os Conselhos de Saúde são as instâncias legítimas de participação popular e controle social do SUS e, conseqüentemente são também, os fóruns apropriados para as discussões e as deliberações referentes à política de Gestão do Trabalho em cada esfera de gestão do SUS.

6.2.1 Deverão ser constituídas, no âmbito dos Estados e Municípios, as Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos dos Conselhos de Saúde, para acompanhar a implementação das deliberações dos conselhos acerca das questões do trabalho no SUS, na respectiva instância de gestão, incluindo os serviços conveniados e contratados, que proponham uma agenda de discussão e ações ao Plenário dos Conselhos.

6.2.2 As Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos dos Conselhos de Saúde poderão propor intercâmbios entre os órgãos gestores e órgãos técnico-científicos e formadores de Recursos Humanos para realizar a capacitação permanente, a atualização e a formação dos trabalhadores do SUS e a capacitação e o assessoramento aos conselheiros de saúde.

6.2.3 As Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos deverão acompanhar os processos de negociações coletivas entre os trabalhadores e os gestores ou prestadores de serviços de saúde e manter os seus segmentos informados dos resultados decorrentes das negociações, podendo propor medidas para solucionar impasses nesta questão.

6.2.4 Os Conselhos de Saúde deverão realizar denúncia junto ao Ministério Público, quando constatarem, em

relação à prestação de serviços de saúde, a redução de cobertura ou a má qualidade dos serviços ofertados à população, motivados pela insuficiência ou falta de capacitação dos trabalhadores de saúde.

6.2.5 Os Conselhos de Saúde devem estimular a organização das Mesas Permanentes de Negociação do SUS, inclusive nos âmbitos regionais, distritais e locais e propor às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) a interrupção de repasses de recursos financeiros da União à respectiva instância de gestão que esteja sendo negligente em relação aos recursos humanos.

6.3 Impacto na Qualidade das Ações e Serviços de Saúde

A implementação das discussões e deliberações das instâncias de participação popular e controle social do SUS (Conferências e Conselhos de Saúde) sobre a Gestão do Trabalho devem impactar positivamente quanto à qualidade e ao acesso dos usuários às ações e serviços de saúde.

6.3.1 Os Conselhos de Saúde deverão propor e exigir a implementação de gestão e gerência colegiada do sistema e dos serviços de saúde do SUS, como forma de democratizar as relações de trabalho e incorporar na gestão o patrimônio de conhecimento novo obtido pelos trabalhadores, no exercício da sua profissão e no cotidiano dos serviços.

6.3.2 Os Conselhos de Saúde devem acolher, deliberar e encaminhar resultados de apuração de denúncias dos usuários do SUS, quanto à baixa resolubilidade de ações e serviços, maus-tratos aos usuários e negligência gerada por atos próprios dos trabalhadores, gestores

e prestadores de serviços de saúde, estimulando a criação de ouvidorias e denunciando ao Ministério Público, caso não sejam cumpridas as deliberações dos conselhos.

6.3.3 Os Conselhos de Saúde devem propor a organização do processo de trabalho de forma multiprofissional, conforme necessidades apontadas pelos Orçamentos ou Planos de Saúde (nacional, estaduais e municipais), como forma de garantir projetos de promoção, proteção e recuperação da saúde para o cuidado integral da população.

7. Anexo

Legislação Vigente sobre a Gestão Pública do Trabalho no SUS – JULHO/2000[1]

Conceição Rezende[2]

a) Constituição Federal:

- Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à **igualdade**, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:
  .....
  Inciso II: ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude da lei;

- Art. 7º - São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de usa condição social:
  Incisos: IV, VII, VIII, IX, XII, XIII, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXII e XXX.

- 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:
  I - os **cargos, empregos e funções públicas** são acessíveis aos brasileiros que preencham os **requisitos estabe-**

[1] Documento preparado em julho/2000 para subsidiar os trabalhos da Oficina Nacional de Recursos Humanos, organizada pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em Salvador - BA, no período de 30 a 31/agosto/2000.

[2] Psicóloga, Sanitarista, Membro da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

lecidos em lei, assim como aos estrangeiros, na forma da lei;

II - a **investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público** de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração;

III - o **prazo de validade do concurso público será de até dois anos**, prorrogável uma vez, por igual período;

IV - **durante o prazo improrrogável** previsto no edital de convocação, aquele aprovado em concurso público de provas ou de provas e títulos será **convocado com prioridade sobre novos concursados** para assumir cargo ou emprego na carreira;

V - as **funções de confiança**, **exercidas exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo**, e os **cargos em comissão**, a serem preenchidos por servidores de **carreira nos casos, condições e percentuais mínimos previstos em lei**, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento;

VI - é garantido ao servidor público civil o direito à **livre associação sindical**;

.....

VIII - a lei reservará **percentual dos cargos e empregos públicos** para as **pessoas portadoras de deficiência** e definirá os critérios de sua admissão;

IX - a lei estabelecerá os casos de **contratação por tempo determinado** para atender à **necessidade temporária** de **excepcional interesse público**;

XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, **compras** e alienações serão **contratados mediante processo de licitação pública** que assegure **igualdade de condições a todos os concorrentes**, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o

qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações.

.....

§ 2º - A **não observância** do disposto nos incisos II e III implicará a **nulidade do ato** e a **punição da autoridade responsável**, nos termos da lei.

§ 3º - A lei disciplinará as formas de **participação do usuário** na administração pública direta e indireta, regulando especialmente:

I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços;

II - o **acesso dos usuários** a registros administrativos e a **informações sobre atos de governo**, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII;

III - a **disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública.**

§ 4º - Os **atos de improbidade administrativa** importarão a **suspensão dos direitos políticos, a perda da função pública, a indisponibilidade dos bens e o ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação penal cabível.**

.....

- Art. 39

.....

§ 7º - Lei da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disciplinará a aplicação de recursos orçamentários provenientes da economia com despesas correntes em cada órgão, autarquia e fundação, para **aplicação no desenvolvimento de programas de qualidade e produtividade, treinamento e desenvolvimento, modernização, reaparelhamento e racionalização do serviço público, inclusive sob a forma de adicional ou prêmio de produtividade.**

- Art. 197 - São de **relevância pública as ações e serviços de saúde**, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua **execução ser feita diretamente** ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

- Art. 18 - Aos municípios compete:
- Inciso I: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e **gerir e executar** os serviços públicos de saúde.

  .....
- Art. 199 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
  § 1º - As instituições privadas poderão participar **de forma complementar** do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, **mediante contrato de direito público ou convênio**, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
  § 2º - É **vedada** a **destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções** às **instituições privadas com fins lucrativos**.

- Art. 200 - Ao Sistema Único de Saúde, compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

  .....

  III - ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.

b) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:
(Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências).

- Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

  § 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

  § 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

- Art. 12 - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.
  Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Art. 13 - A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais abrangerá em especial, as seguintes atividades:
  .....
  IV - recursos humanos.

- Art. 15 - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:
  .....
  Inciso IX: participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

.....

Inciso XIII: para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização.

- Art. 26, § 4º - Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é **vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança** no Sistema Único de Saúde.

- Art. 27 - A **política de recursos humanos** na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas **diferentes esferas de governo**, em cumprimento dos seguintes objetivos:

  Inciso I: organização de um sistema de **formação de recursos humanos** em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de aperfeiçoamento de pessoal;

  Inciso IV: **valorização da dedicação exclusiva** aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

  Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

- Art. 28 - Os cargos e **funções de chefia, direção e assessoramento**, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidos em **regime de tempo integral.**

  § 1º - Os servidores que legalmente acumulam **dois cargos ou empregos** poderão exercer suas atividades em **mais de um estabelecimento** do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º - O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

- Art. 30 - As **especializações** na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão **regulamentadas por comissão nacional**, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, **garantida a participação das entidades profissionais correspondentes**.

c) Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990:
(Dispõe sobre a participação da comunidade da gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências).

- Art. 4º - Para receberem os recursos de que trata o art. 3º desta Lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:
  .....
  Inciso VI: comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.
  Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelo Estados, ou pelo Distrito Federal dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

d) Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993:

(Regulamenta o art. 37, inciso XXI da Constituição Brasileira e institui normas para **Licitações e Contratos da Administração Pública** e dá outras providências).

e) Lei Federal nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993:
(Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências).

- Art. 2º - Considera-se necessidade temporária de excepcional interesse público:

I. assistência à situação de calamidade pública;
II. combate a surtos endêmicos;
III. realização de recenseamentos;
IV. admissão de professor substituto e professor visitante;
V. admissão de professor e pesquisador visitante estrangeiro;
VI. atividades especiais nas organizações das Forças Armadas para atender à área industrial ou a encargos temporários de obras e serviços de engenharia.

f) Lei Complementar nº 82, de 27 de março de 1995 – Lei Camata:

(Disciplina os limites das despesas com o funcionalismo público, na forma do art. 169 da Constituição Federal)

- Art. 1º - As despesas **totais com pessoal ativo e inativo** da **administração direta** e **indireta**, inclusive **fundações**, **empresas públicas** e **sociedades de economia mista**, pagas com receitas correntes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios não poderão, em cada exercício financeiro, exceder:

I - **no caso da União, a sessenta por cento da respectiva receita corrente líquida**, entendida esta como sendo o total da receita corrente, deduzidos os valores correspondentes às transferências por participações, constitucionais e legais, dos Estados, Distrito Federal e Municípios na

arrecadação de tributos de competência da União, bem como as receitas de que trata o art. 239 da Constituição Federal, e, ainda, os valores correspondentes às despesas com o pagamento de benefícios no âmbito do Regime Geral da Previdência Social;

II - **no caso dos Estados, a sessenta por cento das respectivas receitas correntes líquidas**, entendidas como sendo os totais das respectivas receitas correntes, deduzidos os valores das transferências por participações, constitucionais e legais, dos Municípios na arrecadação de tributos de competência dos Estados;

III - **no caso do Distrito Federal e dos Municípios, a sessenta por cento das respectivas receitas correntes.**

§ 1º - Se as despesas de que trata este artigo excederem, no exercício da publicação desta lei complementar, aos limites nele fixados, deverão retornar àqueles limites no prazo máximo de três exercícios financeiros, a contar daquele em que esta lei complementar entrar em vigor, à razão de um terço do excedente por exercício.

§ 2º - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios publicarão, até 30 (trinta) dias após o encerramento de cada mês, demonstrativo da execução orçamentária, do mês e até o mês, explicitando, de forma individualizada, os valores de cada item considerado para efeito do cálculo das receitas correntes líquidas, das despesas totais de pessoal e, conseqüentemente, da referida participação.

§ 3º - Sempre que o demonstrativo de que trata o parágrafo anterior, no que tange à despesa acumulada até o mês, indicar o descumprimento dos limites fixados nesta Lei Complementar, ficarão vedadas, até que a situação se regularize, quaisquer revisões, reajustes ou adequações de remuneração que impliquem aumento de despesas.

g) 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).

CAPÍTULO IV – DA DESPESA PÚBLICA

SEÇÃO I – Da Geração da Despesa

- Art. 15 - Serão consideradas não autorizadas, irregulares e lesivas ao patrimônio público a geração de despesa e a assunção de obrigação que não atendam ao disposto nos arts. 16 e 17.

- Art. 16 - A criação, expansão ou aperfeiçoamento de ação governamental que acarrete aumento da despesa será acompanhado de:

I - estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva entrar em vigor e nos dois subseqüentes;

II - declaração do ordenador da despesa de que o aumento tem adequação orçamentária e financeira com a lei orçamentária anual e compatibilidade com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias.

§ 1º - Para os fins desta Lei Complementar, considera-se:

I - adequada com a lei orçamentária anual, a despesa objeto de dotação específica e suficiente, ou que esteja abrangida por crédito genérico, de forma que somadas todas as despesas da mesma espécie, realizadas e a realizar, previstas no programa de trabalho, não sejam ultra-

passados os limites estabelecidos para o exercício;

II - compatível com o plano plurianual e a lei de diretrizes orçamentárias, a despesa que se conforme com as diretrizes, objetivos, prioridades e metas previstos nesses instrumentos e não infrinja qualquer de suas disposições.

§ 2º - A estimativa de que trata o inciso I do caput será acompanhada das premissas e metodologia de cálculo utilizadas.

§ 3º - Ressalva-se do disposto neste artigo a despesa considerada irrelevante, nos termos em que dispuser a lei de diretrizes orçamentárias.

§ 4º - As normas do *caput* constituem condição prévia para:

I - empenho e licitação de serviços, fornecimento de bens ou execução de obras;

II - desapropriação de imóveis urbanos a que se refere o § 3º o art. 182 da Constituição.

SUBSEÇÃO – Da Despesa Obrigatória de Caráter Continuado

- Art. 17 - Considera-se obrigatória de caráter continuado a despesa corrente derivada de lei, medida provisória ou ato administrativo normativo que fixem para o ente a obrigação legal de sua execução por um período superior a dois exercícios.

§ 1º - Os atos que criarem ou aumentarem despesa de que trata o *caput* deverão ser instruídos com a estimativa prevista no inciso I do art. 16 e demonstrar a origem dos recursos para seu custeio.

§ 2º - Para efeito do atendimento do § 1º, o ato será acompanhado de comprovação de que a despesa criada ou aumentada não afetará as metas de resultados fiscais previstas no anexo referido no § 1º do art. 4º, devido seus efeitos financeiros, nos períodos seguintes, ser compensados pelo aumento permanente de receita ou pela redução permanente de despesa.

§ 3º - Para efeito do § 2º, considera-se aumento permanente de receita o proveniente da elevação de alíquotas, ampliação da base de cálculo, majoração ou criação de tributo ou contribuição.

§ 4º - A comprovação referida no § 2º, apresentada pelo proponente, conterá as premissas e metodologia de cálculo utilizadas, sem prejuízo do exame de compatibilidade da despesa com as demais normas do plano plurianual e da lei de diretrizes orçamentárias.

§ 5º - A despesa de que trata este artigo não será executada antes da implementação das medidas referidas no § 2º, as quais integrarão o instrumento que a criar ou aumentar.

§ 6º - O disposto no § 1º não se aplica às despesas destinadas ao serviço da dívida nem ao reajustamento de remuneração de pessoal de que trata o inciso X do art. 37 da Constituição.

§ 7º - Considera-se aumento de despesa a prorrogação daquela criada por prazo determinado.

SEÇÃO II – Das Despesas com Pessoal
SUBSEÇÃO I – Definições e Limites

- Art. 18 - Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-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.

  § 1º - Os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos serão contabilizados como “Outras Despesas de Pessoal”.

  § 2º - A despesa total com pessoal será apurada somando-se a realizada no mês em referência com as dos onze imediatamente anteriores, adotando-se o regime de competência.

- Art. 19 - Para os fins do disposto no *caput* do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados:

  I - União: 50% (cinqüenta por cento);

II - Estados: 60% (sessenta por cento);

III - Municípios: 60% (sessenta por cento).

§ 1º - Na verificação do atendimento dos limites definidos neste artigo, não serão computadas as despesas:

I - de indenização por demissão de servidores ou empregados;

II - relativas a incentivos à demissão voluntária;

III - derivadas da aplicação do disposto no inciso II do § 6º do art. 57 da Constituição;

IV - decorrentes de decisão judicial e da competência de período anterior ou da apuração a que se refere o § 2º do art. 18;

V - com pessoal, do Distrito Federal e do Estados do Amapá e Roraima, custeadas com recursos transferidos pela União na forma dos incisos XIII e XIV do art. 21 da Constituição e do art. 31 da Emenda Constitucional nº 19;

VI - com inativos, ainda que por intermédio de fundo específico, custeadas por recursos provenientes:

a) da arrecadação de contribuições dos segurados;

b) da compensação financeira de que trata o § 9º do art. 201 da Constituição;

c) das demais receitas diretamente arrecadadas por fundo vinculado a tal finalidade, inclusive o produto da alienação de bens, direitos e ativos, bem como seu superávit financeiro.

§ 2º - Observado o disposto no inciso com pessoal decorrentes de sentenças judiciais serão incluídas no limite do respectivo Poder ou órgão referido no art. 20.

- Art. 20 - A repartição dos limites globais do art. 19 não poderá exceder os seguinte percentuais:

  I - na esfera federal:

  a) 2,5% (dois inteiros e cinco décimos por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas da União;

  b) 6% (seis por cento) para o Judiciário;

  c) 40,9% (quarenta inteiros e nove décimos por cento) para o Executivo, destacando-se 3% (três por cento) para as despesas com pessoal decorrentes do que dispõe os incisos XIII e XIV do art. 21 da Constituição e o art. 31 da Emenda Constitucional nº 19, repartidos de forma proporcional à média das despesas relativas a cada um destes dispositivos, em percentual da receita corrente líquida, verificadas nos três exercícios financeiros imediatamente anteriores ao da publicação desta Lei Complementar;

  d) 0,6% (seis décimos por cento) para o Ministério Público da União;

  II - na esfera estadual:

  a) 3% (três por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do estado;

  b) 6% (seis por cento) para o Judiciário;

  c) 49% (quarenta e nove por cento) para o Executivo;

  d) 2% (dois por cento) para o Ministério Público dos Estados;

III - na esfera municipal:

a) 6% (seis por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Município, quando houver;

b) 54% (cinqüenta e quatro por cento) para o Executivo.

§ 1º - Nos Poderes Legislativo e Judiciário de cada esfera, os limites serão repartidos entre seus órgãos de forma proporcional à média das despesas com pessoal, em percentual da receita corrente líquida, verificadas nos três exercícios financeiros imediatamente anteriores ao da publicação desta Lei Complementar.

§ 2º - Para efeito deste artigo entende-se como órgão:

I - o Ministério Público;

II - no Poder Legislativo:

a) Federal, as respectivas Casas e o Tribunal de Contas da União;

b) Estadual, a Assembléia Legislativa e os Tribunais de Contas;

c) do Distrito Federal, a Câmara Legislativa e o Tribunal de Contas do Distrito Federal;

d) Municipal, a Câmara de Vereadores e o Tribunal de Contas do Município, quando houver;

III - no Poder Judiciário:

a) Federal, os tribunais referidos no art. 92 da Constituição;

b) Estadual, o Tribunal de Justiça e outros, quando houver.

§ 3º - Os limites para as despesas com pessoal do Poder Judiciário, a cargo da União por força do inciso XIII do art. 21 da Constituição, serão estabelecidos mediante aplicação da regra do § 1º.

§ 4º - Nos Estados em que houver Tribunal de Contas dos Municípios, os percentuais definidos nas alíneas *a* e *c* do inciso II do *caput* serão, respectivamente, acrescidos e reduzidos em 0,4% (quatro décimos por cento).

§ 5º - Para os fins previstos no art. 168 da Constituição, a entrega dos recursos financeiros correspondentes à despesa total com pessoal por Poder e órgão será a resultante da aplicação dos percentuais definidos neste artigo, ou aqueles fixados na lei de diretrizes orçamentárias.

§ 6º (VETADO)

SUBSEÇÃO II – Do Controle da Despesa Total com Pessoal

- Art. 21 - É nulo de pleno direito o ato que provoque aumento da despesa com pessoal e não atenda:

  I - às exigências dos arts. 16 e 17 desta Lei Complementar, e ao disposto no inciso XIII do art. 37 e no § 1º do art. 169 da Constituição;

  II - ao limite legal de comprometimento aplicado às despesas com pessoal inativo.

  Parágrafo único. Também é nulo de pleno direito o ato de que resulte aumento da despesa com pessoal expedido nos cento e 180 (oitenta dias) anteriores ao final do mandato do titular do respectivo Poder ou órgão referido no art. 20.

- Art. 22 - A verificação do cumprimento dos limites estabelecidos nos art. 19 e 20 será realizada ao final de cada quadrimestre.

  Parágrafo único. Se a despesa total com pessoal exceder a 95% (noventa e cinco por cento) do limite são vedados ao Poder ou órgão referido no art. 20 que houver incorrido no excesso:

  I - concessão de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração a qualquer título, salvo os derivados de sentença judicial ou de determinação legal ou contratual, ressalvada a revisão prevista no inciso X do art. 37 da Constituição;

  II - criação de cargo, emprego ou função;

  III - alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa;

  IV - provimento de cargo público, admissão ou contratação de pessoal a qualquer título, ressalvada a reposição decorrente de aposentadoria ou falecimento de servidores das áreas de educação, saúde e segurança;

  V - contratação de hora extra, salvo no caso do disposto no inciso II do § 6º do art. 57 da Constituição e as situações previstas na lei de diretrizes orçamentárias.

- Art. 23 - Se a despesa total com pessoal, do Poder ou órgão referido no art. 20, ultrapassar os limites definidos no mesmo artigo, sem prejuízo das medidas previstas no art. 22, o percentual excedente terá de ser eliminado nos dois quadrimestres seguintes, sendo pelo menos um terço no primeiro, adotando-se, entre outras, as providências nos §§ 3º e 4º do art. 169 da Constituição.

§ 1º - No caso do inciso I do § 3º do art. 169 da Constituição, o objetivo poderá ser alcançado tanto pela extinção de cargos e funções quanto pela redução dos valores a eles atribuídos.

§ 2º - É facultada a redução temporária da jornada de trabalho com adequação dos vencimentos à nova carga horária.

§ 3º - Não alcançada a redução no prazo estabelecido, e enquanto perdurar o excesso, o ente não poderá:

I - receber transferências voluntárias;

II - obter garantia, direta ou indireta, de outro ente;

III - contratar operações de crédito, ressalvadas as destinadas ao refinanciamento da dívida mobiliária e as que visem à redução das despesas com pessoal.

§ 4º - As restrições do § 3º aplicam-se imediatamente se a despesa com o pessoal exceder o limite no primeiro quadrimestre do último ano do mandato dos titulares de Poder ou órgão referidos no art. 20.

SEÇÃO III – Das Despesas com a Seguridade Social

- Art. 24 - Nenhum benefício ou serviço relativo à seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a indicação da fonte de custeio total, nos termos do § 5º do art. 195 da Constituição, atendidas ainda as exigências do art. 17.

§ 1º - É dispensada da compensação referida no art. 17 o aumento de despesa decorrente de:

I - concessão de benefício a quem satisfaça as condições de habilitação prevista na legislação pertinente;

II - expansão quantitativa do atendimento e dos serviços prestados;

III - reajustamento de valor do benefício ou serviço, a fim de preservar o seu valor real.

§ 2º - O disposto neste artigo aplica-se a benefício ou serviço de saúde, previdência e assistência social, inclusive os destinados aos servidores públicos e militares, ativos e inativos, e aos pensionistas.

EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, reimpressão e acabamento)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home Page: http://www.saude.gov.br/editora
Brasília – DF, setembro de 2003
OS 0977/2003