

PAUTA GERAL DAS TRABALHADORAS E DOS TRABALHADORES PÚBLICOS DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

REIVINDICAÇÕES PERMANENTES DOS(AS) TRABALHADORES(AS)

1. GRATIFICAÇÕES

Justificativa: Parte da categoria dos(as) trabalhadores(as) públicos(as) da saúde no estado de São Paulo não recebe Prêmio de Incentivo, e sim gratificações de desempenho. A equiparação dos valores dessas gratificações ao Prêmio de Incentivo é o reconhecimento da igualdade entre as(os) trabalhadoras(es) da categoria e é reivindicada na seguinte forma:

- a) Equiparação do valor da GDAPAS (Gratificação pelo Desempenho e Apoio a Atividades Periciais), paga às(aos) profissionais da saúde que atuam no sistema prisional, ao valor do Prêmio de Incentivo das(os) trabalhadoras(es) da administração direta.
- b) Equiparação do valor da GDAMSPE (Gratificação pelo Desempenho e Apoio e à Assistência Médica ao Servidor Público Estadual), paga aos(às) trabalhadores do(as) IAMSPE, ao valor do Prêmio de Incentivo pago às(aos) trabalhadoras(es) da administração direta na Saúde.
- c) Gratificação Especial de Suporte à Saúde (GESS) para todas(os) as(os) profissionais de saúde, aí incluídas(os) as(os) trabalhadoras(es) da administração direta, indireta e autarquias.
- d) Manutenção do pagamento de todas as gratificações nos casos de licença saúde.

2. Sistema Único de Saúde (SUS)

A categoria reivindica a **priorização da gestão dos equipamentos de saúde do estado de São Paulo pela rede própria do estado**, com a **interrupção da transferência da gestão de novos equipamentos de saúde para Organizações Sociais de Saúde (OSS)**. Além disso, é preciso conferir maior **transparência às informações e procedimentos que sustentam**



o modelo de Contrato de Gestão por meio de OSS, reforçando o controle interno¹, o controle externo² e o controle social³.

Justificativa: De acordo com o disposto na Constituição da República Federativa do Brasil (Art. 196 e seguintes) e na Lei nº 8.080/1990, o Estado tem a obrigação de prestar diretamente os serviços públicos de saúde. Neste sentido, privatizar mão de obra e gestão da saúde pública fere as regras do Sistema Único de Saúde e da Carta Magna.

A contratação de **Organizações Sociais de Saúde (OSS)** para executar serviços de saúde pública – cuja qualificação foi regulamentada pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 – deveria, segundo a Constituição Federal de 1988, ser uma modalidade de gestão apenas complementar ao SUS. No entanto, está presente e em expansão em estados e municípios, tornando-se uma das principais modalidades de gestão no SUS.

Como se sabe, o Art. 8º, *caput*, da LC 846/1998 prevê que na elaboração do contrato de gestão devem ser observados os princípios inscritos no Art. 37 da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) e no Art. 111 da Constituição Estadual, dentre outros preceitos.

Com efeito, reza o Art. 37, *caput*, da Constituição Federal de 1988, *in verbis*:

*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: (...) (grifos nossos)*

2

Fazendo uma interpretação sistemática, portanto, extrai-se que na elaboração do contrato de gestão com as Organizações Sociais de Saúde, deverão ser observados, dentre outros princípios, o da Legalidade Restrita, Impessoalidade e Moralidade.

Na lição do saudoso Professor HELY LOPES MEIRELLES, “A legalidade, como princípio da Administração (CF, Art. 37, *caput*), significa que o administrador público está, em toda a sua atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum, e deles não se pode afastar ou desvirtuar, sob pena de praticar ato inválido e expor-se a responsabilidade disciplinar, civil e criminal, conforme o caso. (...) A eficácia de toda atividade

¹Controle interno (previsto no art. 74 da CRFB): aquele exercido dentro da própria estrutura interna do órgão, responsável pela fiscalização dos atos dos gestores, possibilitando uma atuação de orientação e inspeção mais próxima do administrador público. Inclusive, por ser uma ferramenta interna, permite realizar fiscalizações prévias, concomitantes e subsequentes ao exercício da atividade estatal.

²Controle externo (previsto no art. 70 da CRFB): conjunto de ações de controle desenvolvidas por uma estrutura organizacional, com procedimento, atividades e recursos próprios, não integrados na estrutura controlada, visando fiscalização, verificação e correção de atos. No Brasil, é exercido pelo Poder Legislativo e Tribunais de Contas.

³Controle social (previsto no art. 74, § 2º, da CRFB, além de outras normativas como a Lei de Acesso a Informação – LAI/Lei nº 12.527/2011 e Lei nº 8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS): exercido desde o processo de elaboração das políticas públicas, mediante consultas e audiências públicas, até o acompanhamento e monitoramento de sua execução. Transparência e participação na gestão pública são fatores determinantes para o controle efetivo da sociedade sobre a gestão pública.



está condicionada ao atendimento da lei. (...) Na Administração Pública não há liberdade nem vontade pessoal. Enquanto que na administração particular é lícito fazer tudo que a lei não proíbe, na Administração Pública só é permitido fazer o que a lei autoriza. A lei para o particular significa 'pode fazer'; para o administrador público significa 'deve fazer assim'".⁴

Segundo o I. Professor, ainda, "A moralidade administrativa constitui, hoje em dia, pressuposto de validade de todo ato da Administração Pública (CF, Art. 37, caput). Não se trata – diz Hauriou, o sistematizador de tal conceito – da moral comum, mas sim de uma moral jurídica, entendida como 'o conjunto de regras de conduta tiradas da disciplina interior da Administração'. Desenvolvendo sua doutrina, explica o mesmo autor, que o agente administrativo, deve, necessariamente, distinguir o Bem do Mal, o honesto do desonesto. E, ao atuar, não poderá desprezar o elemento ético de sua conduta (...)".⁵

Por fim, "O princípio da impessoalidade, referida na Constituição Federal de 1988 (art. 37, caput), nada mais é que o clássico princípio da finalidade, o qual impõe ao administrador público que só pratique o ato para o seu fim legal. E o fim legal é unicamente aquele que a norma de Direito indica expressa ou virtualmente como objetivo do ato, de forma impessoal".⁶

Porém, para que haja a observância necessária desses princípios, constata-se, inicialmente, a necessidade de que o contrato de gestão seja precedido de licitação, porquanto, o referido contrato assume características de contrato de prestação de serviços, *in casu*, serviços públicos essenciais.

Para corroborar essa afirmação, cita-se trecho da doutrina do I. Professor e Advogado, GUSTAVO JUSTINO DE OLIVEIRA, segundo o qual "Os contratos de gestão que configuram acordos administrativos colaborativos envolvem, de um lado, órgãos ou entidades administrativas, e de outro, entidades privadas sem fins lucrativos. (...) Também se inserem na perspectiva contemporânea da Administração Pública consensual, porém no enfoque das relações Administração Pública - particular, e têm por fim instituir vínculos de colaboração entre o Estado e a sociedade civil. **A finalidade desses vínculos colaborativos é promover a efetivação do direito ao desenvolvimento, principalmente por meio da realização de serviços sociais. (...) O contrato de gestão das organizações sociais é a principal espécie desse gênero de contratos de gestão, ao lado de eventuais outros ajustes que envolvam, de um lado, órgãos ou entidades integrantes da Administração Pública, e de outro, entidades privadas sem ânimo de lucro, nos termos da legislação em vigor".⁷**

E, segundo o comando constitucional, contido no inciso XXI, do Art. 37, da CRFB, "ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, **serviços**, compras e alienações **serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de**

⁴ in *Direito Administrativo Brasileiro*. 21ª Edição. 1996. Malheiros Editores, pág. 82.

⁵Ob. Cit. Pág. 83.

⁶ Ob. Cit. Pág. 85.

⁷ in *Contrato de Gestão*. Ed. RT. 2008. São Paulo.



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”.

A licitação, na lição do I. Professor HELY LOPES MEIRELLES, “é o procedimento administrativo mediante o qual a Administração Pública seleciona a proposta mais vantajosa para o contrato de seu interesse. Como procedimento, desenvolve-se através de uma sucessão ordenada de atos vinculantes para a Administração e para os licitantes, o que propicia igual oportunidade a todos os interessados e atua como fator de eficiência e moralidade nos negócios administrativos”.⁸

Conclui-se, portanto, que a licitação possui dupla finalidade: a **observância do princípio da isonomia** e a **seleção da proposta mais vantajosa para a administração**. E, conforme o regulamento contido na Lei nº 8.666/93, a licitação será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade e da probidade administrativa (Art. 3º).

E, na prática, o que se tem visto é a utilização indiscriminada do processo de qualificação das Organizações Sociais de Saúde, com a finalidade de se desviar da obrigação de instauração do processo de licitação.

Dessa forma, é inegável a necessidade de que os contratos de gestão firmados entre a Administração Pública e as Organizações Sociais de Saúde sejam precedidos de processo licitatório, conforme já afirmado e demonstrado pelos argumentos sérios e jurídicos acima elencados, **além do que os referidos contratos têm apresentado valores astronômicos de execução, que evidentemente fogem às regras da Lei de Licitação, e vêm sendo alvo de fiscalização severa pelos Tribunais de Contas.**

Ciente da moldura constitucional aplicada pelo Supremo Tribunal Federal, no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923, a qual não se discute, tem-se que o procedimento administrativo praticado pela Secretária de Estado da Saúde, quando da busca por OSS, deve primar por “*procedimento público impessoal e pautado por critérios objetivos, por força da incidência direta dos princípios constitucionais da impessoalidade, da publicidade e da eficiência na Administração Pública (CF, Art. 37, caput)*”⁹.

Entretanto, não é o que se observa ante as diversas irregularidades na execução dos serviços dos contratos firmados, como se constatou na Comissão Parlamentar de Inquérito instaurada na Assembleia Legislativa de São Paulo (Alesp), com a finalidade de "apurar

⁸ Ob. Cit. Pág. 247.

⁹ ADI 1923, Rel.: Min. AYRES BRITTO, Rel. p/ Acórdão: Min. LUIZ FUX, Tribunal Pleno, julgado em 16/04/2015, DJe-254 DIVULG 16-12-2015 PUBLIC 17-12-2015.



denúncias de irregularidades nos contratos celebrados com Organizações Sociais da Saúde - OSS, pelas Prefeituras e pelo Governo do Estado de São Paulo".

Neste sentido, as instituições estaduais do Ministério Público e do Tribunal de Contas têm detectado nos contratos de gestão da área da saúde:

- Desequilíbrio econômico-financeiro, revelado por déficit patrimonial, com Índice de Liquidez Corrente insignificante.
- Quarteirização de atividades-fim da entidade gerenciada, agravada por subcontratações efetuadas pelas empresas contratadas.
- Não cumprimento de metas, e ou grande variação entre índices de cumprimento de metas, caracterizando falta de planejamento.
- Aquisição de insumos a custos superiores aos praticados pelo governo do estado.
- Despesas impróprias referentes aos serviços contratados pela OSS, que não faziam parte do objeto, caracterizando, desvio de finalidade.
- Contratação de empresas pertencentes a parentes de dirigentes das OSS, sem a realização de processo de seleção.
- Contratação de empresas sem processo de seleção de fornecedores, contrariando o regulamento de compras da entidade.
- Gastos com pessoal ultrapassaram o limite estabelecido pela Secretaria da Saúde.
- Quantidade insuficiente de profissionais da saúde, não cumprindo o previsto no plano de trabalho.

5

Infelizmente, o modelo de parceria com OSS, acaba se revelando uma forma de privatização da coisa pública, sucumbindo pela falta de transparência, de incentivo à precarização das relações de trabalho, de pagamento de salários milionários aos seus dirigentes e de desvios de recursos públicos, entre outras críticas.

3. CONCURSOS PÚBLICOS

- a) Realização de concursos públicos, para a admissão de novos(as) servidores(as), de modo a repor a demanda existente em todas as unidades e respeitando as Normas Regulamentadoras (NRs) específicas.
- b) Convocação dos(as) candidatos(as) já aprovados(as) em concursos públicos do estado e que estão aguardando chamada para o preenchimento das vagas em aberto na saúde.

Justificativa: é imperiosa a necessidade da contratação de servidores(as) já concursados(as), pois é pública e notória a degradação do atendimento da população, diariamente estampado nos jornais, em face da ausência de profissionais capacitados(as).



Sede
Central:

Como se sabe, o orçamento público do estado possui margem para se discutir, além da convocação de candidatos(as) já aprovados(as), a realização de novos concursos públicos para suprir à quantidade insuficiente de profissionais na área da saúde decorrente de aposentadorias, licenças, absenteísmo, bem como o excesso de trabalho provocado pela alta demanda.

Importantes órgãos da saúde apresentam, anualmente, redução significativa do número de trabalhadores(as). Segundo dados da Secretaria da Fazenda, na Secretaria da Saúde, havia 36.437 trabalhadores ativos diretos em dezembro de 2022, 1,3 mil a menos no que em dezembro do ano anterior e 21,5 mil, ou seja 37% a menos que em dezembro de 2003, quando havia 57.984 trabalhadores(as) - e uma menor população demandante de serviços de saúde.

A redução do número de trabalhadores tende a se intensificar em um curto período. Na Secretaria da Saúde, por exemplo, 65% dos(as) trabalhadores(as) ativos(as) possuíam mais de 50 anos em dezembro de 2022, segundo “Dados Estatísticos da Folha de Pagamento” divulgado pela Secretaria da Fazenda.

Apenas em 2020, foram registrados quase 30 mil pedidos de licença médica de trabalhadores da Saúde (fonte DMPE e Prodesp) e em 2021 foram mais de 23 mil. Isso representa mais da metade do funcionalismo no setor solicitando licença médica (informações da Administração Direta), o que é uma grande evidência do adoecimento da categoria, reflexo da insalubridade e da sobrecarga que caracterizam o serviço público da saúde.

Desta forma, se mostra **urgente** a contratação de servidores(as) já concursados(as) e a realização de concursos públicos para a admissão de novos(as) servidores(as), ante o flagrante descompasso entre a alta e exigente demanda na área da saúde e o quadro de funcionários(as) (in)existentes.

4. INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL (IAMSPE)

- a) Pela natureza dos serviços prestados pelo Instituto, voltados exclusivamente ao atendimento na área da saúde, inclusive especialidades, a categoria reivindica o retorno imediato da gestão do IAMSPE para a Secretaria de Estado da Saúde, pois atualmente está subordinado à Secretaria de Gestão e Governo Digital.
- b) E ainda, que o governo estadual efetive a sua participação orçamentária (cota patronal), mediante contribuição paritária nos termos do Decreto-Lei nº 257, de 29 de maio de 1970, alterado pela Lei nº 17.293, de 15 de outubro de 2020, a saber:

“Art. 20 - A receita do IAMSPE será constituída pela contribuição de 2 ou 3% (dois ou três por cento), a depender da faixa etária conforme tabela constante no § 2º, do servidor ou empregado público civil, dos ocupantes exclusivamente de cargos em



comissão, de função-atividade de livre provimento, de empregado público em confiança, e similares, do agente político, ativos ou inativos, bem como dos pensionistas dos contribuintes (viúvos e companheiros), apurada mensalmente sobre a retribuição total mensal.

(...)

§ 1º - Ao contribuinte que fizer a inscrição de beneficiários será acrescida a contribuição de 0,5% (meio por cento) ou 1,0% (um por cento) por beneficiário, incidente conforme tabela constante no § 2º, sobre a retribuição total mensal.

§ 2º - As contribuições observarão os percentuais abaixo:

VÍNCULO	FAIXA ETÁRIA	% CONTRIBUIÇÃO
Contribuinte	< 59 anos	2%
Contribuinte	>= 59 anos	3%
Beneficiário	< 59 anos	0,5%
Beneficiário	>= 59 anos	1%
Agregado	< 59 anos	2%
Agregado	>= 59 anos	3%

7

§ 3º - Para fins da apuração mensal das contribuições, considera-se retribuição total mensal todas as parcelas percebidas a qualquer título, inclusive acréscimo de um terço de férias, décimo-terceiro salário e bonificações e participação nos resultados, excetuadas as relativas a salário-família, salário-esposa, diárias de viagens, reembolso de regime de quilometragem, diária de alimentação, ajuda de custo para alimentação, auxílio-transporte, adicional de transporte, ajuda de custo e auxílio-funeral.” (NR)

Justificativa: Oportuno observar a importância da cota patronal na iniciativa privada, na qual os valores arrecadados para a seguridade social conferem respaldo financeiro para implantação de políticas públicas no âmbito federal.

Portanto, a contribuição paritária do governo, na mesma proporção dos vencimentos dos servidores, permitiria ao IAMSPE prestar um serviço de saúde de qualidade em toda a sua rede.

Cabe destacar que a referida elevação das alíquotas pagas pelos servidores ao IAMSPE (Lei nº 17.293/2020), onerou sobremaneira o funcionalismo público estadual o que, somado às demais perdas salariais, mais ou menos recentes, têm estabelecido uma redução sistemática das remunerações, ao invés da valorização ou ao menos da recomposição das perdas inflacionárias. Com isso, além da perda inflacionária recente, que é também objeto da



Sede Central:

pauta econômica, os(as) trabalhadores(as) tiveram ainda ampliação das contribuições para a previdência estadual, em decorrência da Reforma da Previdência Estadual (EC nº49/2020 e Lei Complementar nº 1.354/2020).

5. LICENÇA MATERNIDADE

Concessão da Licença Maternidade por 180 (cento e oitenta) dias a todas as trabalhadoras da saúde pública vinculadas à Secretaria de Saúde do Estado e aos diversos órgãos da saúde, tais como: Autarquias; Hospitais das Clínicas de São Paulo, Ribeirão Preto, Marília, Botucatu; IAMSPE; Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo (DPME); *Fundações*, como a Fundação Pró-Sangue; e demais Institutos e OSS, para todos os vínculo de trabalho, inclusive durante o estágio probatório.

Justificativa: Isso é uma tendência mundial, com previsão, inclusive, na Convenção nº 103, da Organização Internacional do Trabalho, a qual o Brasil é signatário, além de ser objeto de estudos que apontam que a maior permanência da mãe com o filho recém-nascido contribui não só para o desenvolvimento da criança, mas também para a melhor estruturação emocional da mãe para poder voltar ao trabalho e desempenhar suas funções com maior tranquilidade e afinco. Experiências positivas em países desenvolvidos – no Canadá e Polônia, por exemplo, nos quais a licença maternidade pode chegar a 12 meses – demonstram que a legislação brasileira precisa ser atualizada. Para isso, existem no Congresso Nacional duas PECs (PEC 30/07 e PEC 64/07 - a primeira tramitando na Câmara dos Deputados e a segunda no Senado Federal), que têm como objeto alterar o inciso XVIII do caput do Art. 7º, da Constituição Federal, de modo a estender definitiva e obrigatoriamente a todas as trabalhadoras, a licença maternidade de 180 dias.

8

6. 30 HORAS – JORNADA MÁXIMA DE TRABALHO NAS AUTARQUIAS SEM REDUÇÃO DE SALÁRIO

A categoria **reivindica implantar 30 horas semanais como jornada máxima de trabalho, sem redução de salário, para todas(os) as(os) trabalhadoras(es) administrativas(os) das autarquias.**

Justificativa: Na leitura tanto da Lei Complementar nº 1.080, de 17/12/2008 (destinada a área meio), quanto da Lei Complementar nº 1.157, de 02/12/2011 (destinada a área fim), observa-se que tratam da Jornada de Trabalho aplicável às autarquias.

Inclusive, ao se apresentar o Projeto de Lei Complementar nº 24/2013 – sancionado como Lei Complementar nº 1.212, de 16/10/2013, quando da alteração da Lei Complementar



Sede
Central:

nº 1.080/2008, a mensagem do Governador observou que “a presente propositura justifica-se pela necessidade de minimizar o impacto de um tratamento diferenciado entre profissionais com atividades similares (...)”, ao comparar a Jornada Completa de Trabalho com a Jornada Comum de Trabalho.

Neste sentido, mostra-se necessário implantar 30 horas semanais como jornada máxima de trabalho, sem redução de salário, para todas(os) as(os) trabalhadoras(es) administrativas(os) das *autarquias*, tais como: Hospitais das Clínicas de São Paulo, Ribeirão Preto, Marília, Botucatu; o IAMSPE; DPME; e a Fundação Pró-Sangue.

Ora, é importante frisar que é amplamente difundida, nos órgãos e entidades que opinam e regulamentam sobre a saúde dos(as) trabalhadores(as), a essencialidade da jornada de 30 horas.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), inclusive, recomendam tal jornada para os profissionais da saúde. E tal recomendação tem alguns motivos preponderantes.

O primeiro deles é a natureza exaustiva do trabalho prestado pelos(as) servidores(as) da saúde, eis que a função lhes expõe a situação de muita dor, sofrimento, angústia e os(as) submetem a uma rotina de perdas e mortes, o que é psicologicamente extenuante.

Outrossim, a natureza da profissão exige um cuidado redobrado, ante a proporção devastadora que qualquer erro pode assumir, de forma que os(as) profissionais envolvidos(as) precisam estar em pleno domínio de suas faculdades físicas e mentais, para prestar uma assistência segura. Eis outro motivo para que a carga horária recomendada seja de 30 horas.

Há, ainda, que se mencionar os benefícios indiretos da regulamentação de tal carga horária, que consistem em diminuir as ausências dos(as) servidores(as) ao trabalho por motivo de saúde, bem como em aumentar as vagas de trabalho, fazendo com que o serviço público funcione de forma mais eficaz e efetiva.

Além dos organismos internacionais que regulamentam o trabalho na saúde, aqui no país também há uma preocupação crescente em garantir melhores condições de trabalho para os(as) profissionais da saúde, especialmente no atinente à carga horária.

Nessa senda, tivemos a Norma Regulamentadora nº 32, sendo a primeira norma criada para estabelecer diretrizes básicas para a implementação das medidas de proteção à segurança e à saúde dos(as) trabalhadores(as) na área da saúde.

Por fim, salienta-se a importância de estender ao nicho residual de trabalhadores(as) ainda não atingidos ou contemplados com a implantação das 30 horas semanais como jornada máxima de trabalho, inclusive por isonomia aos demais, visando minimizar o impacto de um tratamento diferenciado entre profissionais com atividades similares.



Desta forma, ante os argumentos expostos, faz-se premente a resolução – ou legislativa ou normativa, no âmbito de cada autarquia – da implantação das 30 horas semanais como jornada máxima de trabalho, sem redução de salário, para todas(os) as(os) trabalhadoras(es) administrativas(os) das *autarquias*, tais como: Hospitais das Clínicas de São Paulo, Ribeirão Preto, Marília, Botucatu; IAMSPE; DPME; e a Fundação Pró-Sangue.

7. DIREITO DE SAÍDA PARA CONSULTAS MÉDICAS E HORÁRIO BANCÁRIO PARA OS(AS) TRABALHADORES(AS) COM JORNADA DE 30 HORAS SEMANAIS

Todo(a) funcionário(a) e/ou servidor(a) pode se retirar do expediente uma vez por mês, sem necessidade de compensação das horas que deixar de cumprir, para o fim específico de recebimento de seu pagamento em agência bancária, desde que na unidade de trabalho não se mantenha agência bancária, posto ou caixa de atendimento eletrônico (Decreto nº 52.054/2007, Art. 14, § 4º). Estas horas poderão ser utilizadas no dia em que o(a) funcionário(a) optar por ir ao banco e não necessariamente no dia do pagamento, com a devida ciência a chefia imediata.

E ainda, havendo entrada com atraso, ausência temporária ou retirada antecipada para consulta ou tratamento de saúde do(a) servidor(a), ou de pessoa da família, o(a) servidor(a) pode usufruir por até 03 (três) horas por dia sem compensação, mediante comprovação de permanência no órgão de atendimento à saúde (Lei Complementar nº 1.041/08, Decreto nº 52.054/07, § 3º, art. 14).

10

Justificativa: Este pleito busca assegurar este direito, até então não respeitado pela administração, especialmente aos que fizeram a opção pela jornada de 30 horas, de modo que o trabalhador não seja prejudicado quando precisar se ausentar para ir ao banco e as consultas médicas, inclusive no acompanhamento de filhos(as) e parentes.

8. APOSENTADORIA

Estender todas as reivindicações e conquistas discutidas na Pauta de Reivindicações também aos(as) trabalhadores(as) aposentados(as), sejam eles(as) com paridade ou sem paridade. Assegurando assim, o princípio da isonomia, garantido constitucionalmente.

9. APOSENTADORIA ESPECIAL

Regulamentação da Aposentadoria Especial, de acordo com a legislação já existente.

Justificativa: De acordo com o Art. 40, § 4º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, os(as) servidores(as) públicos(as) fazem jus à aposentadoria especial, quando exercerem suas atividades sob condições especiais, que prejudiquem a saúde ou a integridade física. Cita-se:



Sede Central:

Art. 40. Aos servidores titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações, é assegurado regime de previdência de caráter contributivo e solidário, mediante contribuição do respectivo ente público, dos servidores ativos e inativos e dos pensionistas, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial e o disposto neste artigo.

(...)

§ 4º É vedada a adoção de requisitos e critérios diferenciados para a concessão de aposentadoria aos abrangidos pelo regime de que trata este artigo, ressalvados, nos termos definidos em leis complementares, os casos de servidores: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 47, de 2005)

(...)

Ocorre que, faz-se necessária a regulamentação do referido direito, pois apesar de as Aposentadorias Especiais estarem previstas no Capítulo II, Seção II da Lei Complementar nº 1.354, de 06/03/2020, persistem dificuldades na concessão/ obtenção das mesmas, em especial, no que diz respeito àquelas decorrentes da exposição a agentes nocivos químicos, físicos e biológicos prejudiciais à saúde, ou a associação desses agentes, haja vista que nos termos do Art. 5º, § 1º da referida Lei, “O tempo de exercício nas atividades previstas no “caput” deverá ser comprovado nos termos do **regulamento**” (sic).

11

Desta feita, a omissão da Administração Pública obsta a aplicabilidade imediata de direito constitucionalmente garantido, dada a ausência de norma regulamentadora, motivo pelo qual algumas entidades de classe impetraram, em nome de todos seus sindicatos filiados, Mandado de Injunção, que resultou o julgamento do Supremo Tribunal Federal, determinando a aplicação do Regime Geral da Previdência Social, até que sobrevenha norma capaz de sanar a mora legislativa.

Assim sendo, o direito à contagem especial para fins de aposentadoria, em virtude de funções cujas atividades sejam exercidas sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física, emerge como garantia constitucional assegurada pela Corte Suprema do País.

Nesse sentido, também, decidiu o Órgão Especial do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que no julgamento do Mandado de Injunção nº 168.151-0/5-00, atribuiu ao julgado efeito *erga omnes*, concedendo a injunção pleiteada por exercício de atividade insalubre a todos os(as) funcionários(as) públicos(as) do Estado de São Paulo.

É sabido que a Aposentadoria Especial foi criada para resguardar a saúde daqueles que, de forma contínua, trabalham expostos a condições insalubres e ou penosas, com evidente risco a integridade física e psíquica.



Sede Central:

Notadamente, essas condições de trabalho árduo e custoso resultam em desgaste maior, se comparado àqueles que desenvolvem suas atividades de forma normal, o que justifica a diminuição do tempo de contribuição/serviço.

A morosidade em normatizar a figura da Aposentadoria Especial para os(as) funcionários(as) públicos(as) emerge, claramente, como afronta ao Princípio da Eficiência, além de puro descaso por parte do Poder Legislativo, fato que faz com que os prejudicados tenham que buscar amparo junto ao Poder Judiciário.

Acertadamente, o Supremo Tribunal Federal e o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, suprimiram a lacuna que resulta da omissão do Poder Legislativo no que se refere à edição de lei específica e, em virtude disto, a afronta ao direito dos substituídos não pode continuar, mesmo porque o exercício das atribuições é e sempre foi realizado em condições nocivas à saúde.

10.SAÚDE DO TRABALHADOR

a) Tendo em vista a importância do tema tanto para as(os) trabalhadoras(es) da saúde, quanto para o atendimento da população em geral, a categoria reivindica a **implementação e ampliação de SESMTs, com inclusão nas unidades de Programa de Saúde da Mulher com atendimento pelo SESMT na própria unidade e ampliação das ações de saúde mental ativa; implementação ou ampliação de CIPA e/ou COMSAT** em todas as unidades de saúde do estado e com equipes compostas unicamente por trabalhadores(as) concursados(as), bem como nas Organizações Sociais de Saúde conveniadas com a Administração Pública Estadual.

12

Neste sentido, compete ao empregador cumprir com os programas previstos nas Normas Regulamentadoras nº 7, (que estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO); nº 9 (que estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA) e nº 32 (que estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde).

Justificativa: Segundo a Lei nº 8.080/1990, Art.6, §3º, entende-se por saúde do trabalhador e da trabalhadora um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos(as) trabalhadores(as), assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos(as) trabalhadores(as) submetidos(as) aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Deste contexto fazem parte o SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho), que visa promover a saúde e a integridade do(a) trabalhador(a) no local de trabalho e a CIPA/COMSAT, que organiza as ações para promover a melhoria das condições de saúde, qualidade de vida, humanização, trabalho e integrar as políticas de



Sede Central:

prevenção a serem estabelecidas e implantadas no âmbito da Secretaria da Saúde, com formação bipartite - gestores e trabalhadores - e paritária. Conquanto a legislação determine sua existência e funcionamento nos locais de trabalho, esse direito do(a) trabalhador(a) vem sendo relegado a segundo plano, isso quando existem nos locais de trabalho.

Ressalta-se a necessidade de incorporar ao SESMT as especialidades médicas que atendam às necessidades dos trabalhadores e das trabalhadoras da saúde. Por um lado, sendo 70% dos servidores da administração direta da saúde no estado de São Paulo, as servidoras mulheres necessitam de acompanhamento ginecológico regular, tal como recomendado pela OMS. Além disso, tendo em vista que os(as) servidores(as) do estado são submetidos(as) a uma enorme carga de trabalho, devido ao grande déficit de servidores(as), a necessidade de multiplicação de plantões extras e outros vínculos de trabalho, para fazer frente às perdas salariais acumuladas pela categoria nos últimos anos, faz-se necessário ampliar as ações ativas de saúde mental, como forma de evitar agravos decorrentes do stress, inclusive ocasionados pela Pandemia de Covid-19.

- b) Tendo em vista a crise sanitária gerada pela Pandemia da Covid-19, desde o início de 2020, e pela situação de vulnerabilidade em que se encontram os(as) trabalhadores da saúde, que é categoria essencial no atendimento às pessoas acometidas pela doença, a categoria reivindica: **o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) em volume e qualidade adequadas; condições de trabalho que minimizem o risco de adoecimento no trabalho; testagem periódica das equipes através do SESMT da unidade; garantia de vacinação atualizada para a Covid-19; assistência adequada aos trabalhadores atingidos pela Covid-19 que ficaram com sequelas, inclusive as de caráter psicológico; o afastamento imediato de trabalhadores(as) com sintomas de Covid-19, tal como definido pelo Comunicado DPME nº 067, de 23/06/2020; a emissão do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) para trabalhadores(as) acometidos(as) por Covid-19; o reconhecimento da Covid-19 como doença presumidamente ocupacional (doença do trabalho, ou doença profissional), tal como definido pela Portaria nº 2.309/2020 do Ministério da Saúde, atualmente tornada sem efeito através da Portaria nº 2.345/2020 e o reconhecimento de que todos(as) os(as) trabalhadores(as) da saúde acometidos pela COVID-19 terão o correto afastamento para tratamento médico por doença profissional, com todos os consectários funcionais e financeiros daí decorrentes.**

Justificativa: Tendo em vista as especificidades das doenças adquiridas no âmbito do trabalho no SUS e a necessidade de atualização periódica do rol de doenças, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 2.309, de 28 de agosto de 2020 que “Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT)”. Segundo a Portaria, esta lista, que passa a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no SUS, passa a incluir a “Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19)”.



Segundo a portaria, “a LDRT destina-se, no âmbito da saúde, às seguintes finalidades, entre outras: I - orientar o uso clínico-epidemiológico, de forma a permitir a qualificação da atenção integral à Saúde do Trabalhador; II - facilitar o estudo da relação entre o adoecimento e o trabalho; III - adotar procedimentos de diagnóstico; IV - elaborar projetos terapêuticos mais acurados; e V - orientar as ações de vigilância e promoção da saúde em nível individual e coletivo.”

Não se desconhece que a Portaria n.º 2.039, de 28/08/2020, foi tornada sem efeito por meio da Portaria n.º 2.345, de 02/09/2020, todavia, especificamente quanto aos(as) trabalhadores(as) da saúde, existem incontáveis fundamentos e elementos para que haja presunção do nexo causal entre o trabalho realizado por eles(as) e a infecção por COVID-19, já que o próprio ambiente de trabalho expõe os(as) profissionais ao contato direto com o vírus, de forma que em relação a todos(as) os(as) trabalhadores(as) que atuam na área da saúde, seja na área meio, ou na área fim, aplica-se o reconhecimento de que a infecção por COVID-19 configura doença do trabalho, “assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente” (vide Art. 20, II da Lei nº 8.213/91) que se aplica não só aos(as) trabalhadores(as) celetistas, mas também aos(as) estatutários(as) e regidos(as) pela Lei nº 500/74, por expressa previsão legal (vide Art. 181, II, § 2º e Art. 197, da Lei nº 10.261/68 e Art. 26 da Lei nº 500/74).

11. DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS

Retorno imediato do DPME para a Secretaria de Estado da Saúde e reestruturação do departamento para melhor atendimento do(a) trabalhador(a) e maior rapidez nos processos.

Justificativa: O DPME, Departamento de Perícias Médicas do Estado de São Paulo, é o órgão responsável pelas perícias médicas de todos os(as) servidores(as) públicos(as) paulistas, entre outras atividades. O relato dos(as) trabalhadores(as) ao SindSaúde-SP demonstra que a reestruturação promovida em 2008, como efeito do Decreto nº 52.724, de 15 de fevereiro de 2008, trouxe inúmeras dificuldades aos(as) trabalhadores(as), as quais se convertem em prejuízos financeiros e funcionais. A realocação de tal órgão à Secretaria de Gestão Pública, atual Secretaria de Gestão e Governo Digital, resultou efetivamente em dificuldade de acesso aos processos de solicitação de licença, dificultou os agendamentos das perícias e aumentou as negativas por parte do governo. A burocracia tem funcionado como um impeditivo para o acesso aos direitos dos trabalhadores com relação aos aspectos de saúde do trabalho. O trabalho do DPME, de extrema importância social e humana, pois lida com a fragilidade do ser humano no momento de doença, vem há muito sendo criticado pela forma como encaminha e trata os trabalhadores que dele necessitam. Como o(a) trabalhador(a) não pode escolher onde vai ser periciado, fica à mercê de normas e regras desumanas e eventualmente injustas.



12. TRABALHADORES(AS) NA ÁREA DE INFORMÁTICA

Regularização da situação de contratação dos(as) trabalhadores(as) da área de informática, com extensão dos direitos dos(as) demais servidores(as) do estado de São Paulo.

Justificativa: No momento da informatização da área da saúde no governo de São Paulo foram contratados(as) trabalhadores(as) para a área, sem lei específica de contratação (Lei nº 712/1993 e Lei nº 674/1992 à época), e que recebiam seus salários por meio de um fundo federal. Até hoje, embora sejam funcionários do estado, continuam a receber seus salários do governo federal e, por isso não tem os mesmos direitos dos(as) demais servidoras(es) do estado de São Paulo.

13. PLANO DE CARREIRA DOS(AS) TRABALHADORES(AS) DO SUS

A categoria reivindica a abertura do diálogo, formulação e implementação de um Plano de Carreira Único do SUS, que contemple todos(as) os(as) trabalhadores(as) dos equipamentos de saúde, que recebam financiamento do SUS.

Justificativa: o debate sobre um Plano de Carreira Único para os(as) trabalhadores(as) do SUS é antigo, mas tem retomado a centralidade nos últimos anos, a partir do reconhecimento da importância do SUS no país, para o qual o enfrentamento da pandemia da Covid-19 teve papel central. A crise sanitária foi fundamental, inclusive, para a percepção da importância dos(as) diferentes trabalhadores(as) presentes nos serviços de saúde, para além dos(as) médicos(as) e dos(os) enfermeiros(as), tornando fundamental dar visibilidade aos(às) diferentes “trabalhadores(as) invisíveis” destes serviços, tais como: “maqueiros, condutores de ambulância, pessoal da manutenção, de apoio operacional, equipe da limpeza, da cozinha, da administração e gestão dos estabelecimentos¹⁰”, entre outros”

15

Desde então, algumas categorias da saúde, em particular as mais representativas e organizadas, têm avançado na discussão e conquista dos pisos salariais como forma de valorizar as carreiras e diminuir as desigualdades salariais nas suas diversas dimensões, regionais, de gênero ou raça. O exemplo mais emblemático é a recente conquista do Piso Nacional da Enfermagem, que passou a ser um direito constitucional (Emenda Constitucional nº 124/22), regulamentado e com valores definidos para cada categoria pela Lei 14.434/22 e, por fim, com garantia de financiamento complementar pela União (EC nº 127/22).

Para garantir a equidade das condições de remuneração de todas as categorias que trabalham nos diferentes setores e estabelecimentos de saúde, a ideia de um Plano de Carreira Único e Interfederativo do SUS tem sido defendida por diversos pesquisadores, entidades e movimentos sociais ligados à saúde. Em 2022, a “Conferência Livre Democrática e Popular de

¹⁰ FIOCRUZ, Pesquisa “Os trabalhadores invisíveis da Saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da Covid-19 no Brasil”. In: <https://portal.fiocruz.br>.



Saúde” estabeleceu, entre suas prioridades, a defesa de uma carreira pública nacional para o SUS, organizada e cofinanciada pelas três esferas de governo, com participação interfederativa no financiamento, provimento, seleção, contratação e formação dos(as) profissionais de saúde.

O estado de São Paulo, por sua dimensão populacional e na oferta de serviços de saúde pelo SUS, tem condições de liderar esse debate em âmbito nacional, em parceria com o governo federal.

14. RETORNO DE DIREITOS RETIRADOS PELA REFORMA ADMINISTRATIVA DE 2021 (LC nº 1.361/2021)

A categoria reivindica o retorno dos direitos retirados pela reforma administrativa promovida pela LC nº 1.361/21:

- a) Retorno das faltas abonadas.
- b) Adicional de Insalubridade: volta do reajuste anual e do pagamento durante a licença-prêmio e faltas.
- c) Fim da restrição do abono de permanência.

16

Justificativa: o ajuste fiscal realizado nos últimos anos pelo governo estadual se concentrou na redução da folha de pagamentos, através de dois movimentos concomitantes. Em primeiro lugar, através da forte redução do número de servidores no total do estado, e em particular na saúde, decorrente da ausência de concursos públicos para recomposição do funcionalismo, visto que há servidores que se aposentaram, que se desligaram do estado ou faleceram, processo viabilizado na saúde pela ampliação das terceirizações e transferências de equipamentos para gestão de Organizações Sociais da Saúde. Com isso, entre 2013 e 2022 o número de servidores da administração direta se reduziu em 33%, com diminuição de quase 19 mil servidores.

Em segundo lugar, os servidores que permaneceram ativos ou inativos no estado sofreram um processo de arrocho salarial, decorrente da ausência da recomposição da inflação e da retirada de direitos com impacto sobre os salários. Destaca-se a Reforma da Previdência Estadual (EC nº 49/2020 e LC nº 1.354/2020) e Federal (EC nº 103/2019), as quais, além de dificultarem as condições de acesso à aposentadoria (idade mínima e aumento do tempo mínimo de contribuição), reduziram o valor das aposentadorias e aumentaram a contribuição previdenciária, no caso do funcionalismo do estado de São Paulo, também, e principalmente, para os aposentados. Além disso, a primeira Reforma Administrativa Estadual (Lei nº 17.293/20) aumentou os valores das contribuições para o IAMSPE, e a segunda Reforma Administrativa (LC nº 1.361/21) determinou o fim do reajuste automático do Adicional de Insalubridade, o que terá impacto acentuado para os(as) trabalhadores(as) da saúde nos próximos anos.



Sede Central:

Esta segunda Reforma Administrativa (LC nº 1.361/21) promoveu, ainda, a retirada de vários direitos dos(as) servidores(as) do estado. Entre as principais mudanças, estão a extinção das *faltas abonadas*, a restrição da aplicação do *abono de permanência* (o gestor passa a definir não só a necessidade, mas também o valor a ser pago – de 25% a 100% – do valor da contribuição previdenciária), e o fim do reajuste automático do Adicional de Insalubridade, bem como do seu pagamento durante a licença prêmio e faltas.

O déficit de funcionários, somado à perda dos direitos mencionados, têm levado a uma precarização das condições de trabalho e sobrecarga dos(as) trabalhadores(as), com efeitos sobre a saúde destes(as), fomentando o assédio moral nos locais de trabalho e levado a muitas denúncias de excesso de jornada de trabalho, sendo urgente recompor minimamente os direitos perdidos.

São Paulo, 16 de fevereiro de 2023.

CLEONICE FERREIRA RIBEIRO

Presidenta

SindSaúde-SP

17



Sede
Central:

R. Teodoro Sampaio, 483 · 05405-000 · Cerqueira Cesar · São Paulo · sindsaude@sindsauesp.org.br
www.sindsauesp.org.br · Tel.: (11) 3083-6100