



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

**PERPECTIVAS PARA A GESTÃO DO TRABALHO
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**SÉRIE DESENVOLVIMENTO DE
RECURSOS HUMANOS Nº 5**

**REPRESENTAÇÃO DO BRASIL
BRASÍLIA, 1994**



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

**PERPECTIVAS PARA A GESTÃO DO TRABALHO
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**SÉRIE DESENVOLVIMENTO DE
RECURSOS HUMANOS Nº 5**

**REPRESENTAÇÃO DO BRASIL
BRASÍLIA, 1994**

© - Organização Pan-Americana da Saúde,

As denominações empregadas na presente publicação e a forma em que são apresentados os dados na mesma contidos não implicam, por parte da organização Pan-Americana da Saúde, juízo algum sobre a condição Jurídica de qualquer país, território, cidade ou zona citada, sobre suas autoridades, nem sobre a delimitação de suas fronteiras.

As opiniões emitidas na presente publicação são de exclusiva responsabilidade dos autores.

O material contido nesta publicação pode citar-se ou reproduzir sem restrições, sempre que se indique a fonte e se faça referência ao número do documento. Deverá remeter-se à Representação da OPAS/OMS no Brasil um exemplar da publicação em que apareça o material citado ou reproduzido.

SANTANA, José Paraguá de. (org.)

Perspectivas para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. Brasília, OPAS, 1994.

p. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, Nº 5)

1. Recursos Humanos em Saúde. 2. Descentralização. 3. SUS. 4. Gestão do Trabalho. 5. Financiamento da Saúde.

Ficha Catalográfica

APRESENTAÇÃO

José Paranaguá de Santana*

A reforma do sistema de saúde implica uma questão fundamental e substantiva, qual seja a própria mudança de paradigma de saúde ou, mais especificamente, a superação do atual modelo assistencial na direção de uma concepção mais abrangente de acesso universal e igualitário de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde e de prevenção do risco de adoecer. Entretanto, esse é um significativo implícito cuja abordagem se faz, em geral, sob o manto de valores doutrinários ou na forma de propostas idealistas. A ênfase dos processos de reforma setorial em saúde que vêm sendo implementados em muitos países recai muito mais sobre aspectos pragmáticos de organização administrativa e de custeio dos serviços. Por conseguinte, tais processos apresentam como componentes relevantes propostas de descentralização dos serviços e de mudanças no seu sistema de financiamento.

Esses componentes representam fatores de grande impacto sobre a normatividade e as práticas de gestão do trabalho no âmbito institucional dos serviços de saúde, bem como sobre os processos de regulação da oferta e demanda da força de trabalho nesse setor.

A descentralização envolve questões de redistribuição do poder e possibilidades de democratização das decisões. A importância desse componente não decorre, portanto, de sua dimensão ou racionalidade administrativa, isto é, enquanto estratégia gerencial contraposta aos esquemas burocráticos e hierarquizados que, atualmente, são apontados como contribuintes da ineficiência e baixa resolutividade dos sistemas de serviços. O que interessa ressaltar diz respeito aos requerimentos de maior participação dos trabalhadores de saúde na condução política e técnica dos serviços. A proposta de descentralização dos serviços de saúde implica uma dimensão política cuja expressão objetiva situa-se no campo das relações de poder que se estabelecem entre os atores que participam do processo de produção e consumo desses serviços. A pugna pela redistribuição do poder, que se realiza no conjunto da sociedade entre grupos sociais, se expressa no interior das instituições de saúde na forma de conflitos e enfrentamentos entre grupos corporativos e destes com a gerência dos serviços.

As propostas de mudanças no sistema de financiamento apontam para a adoção de mecanismos que assegurem maior produtividade dos recursos disponíveis, diante da escassez dos mesmos e, simultaneamente, do crescimento das demandas sociais. Há ainda um fator agravante, observado em muitos países entre os quais se inclui o Brasil, representado pela limitação do gasto público com saúde no bojo de políticas de ajuste econômico. Tendo em vista a natureza da produção dos serviços de saúde, caracterizada pelo uso intensivo do trabalho, é fácil vislumbrar onde se dá o principal reflexo das

* Consultor Nacional da Organização Pan-Americana da Saúde - Representação do Brasil

mudança no sistema de financiamento setorial: sobre as modalidades de remuneração do trabalho.

O enfrentamento dessas questões, relacionadas ao novo arranjo do poder e a novos esquemas de apropriação de valor gerado pelo trabalho no âmbito dos serviços de saúde, exigirá a adoção de práticas de gestão participativa e a flexibilização das formas de remuneração do trabalho. No caso dos serviços públicos, tais exigências se fazem de modo ainda mais evidente, por duas razões principais: de um lado, como decorrência do fortalecimento do movimento de trabalhadores pela ampliação de sua influência na gestão dessas instituições; de outro, como alternativa para a superação da rigidez dos mecanismos vigentes na administração pública.

Desse modo, os temas de negociação e de sistemas de compensação do trabalho adquirem grande interesse, em se tratando de uma abordagem atualizada da gestão de recursos humanos, de modo consentâneo com os desafios apresentados pela reforma setorial no campo da saúde.

A linha de argumentação acima exposta, ainda que em traços muito genéricos, explica, em boa parte, o crescimento da importância política que o tema da gestão de recursos humanos no campo da saúde vem adquirindo.

Por essa razão, buscando contribuir para a sistematização e divulgação de contribuições teóricas e experiências práticas nesse campo, o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde está promovendo uma série de iniciativas, entre as quais se inclui esta publicação feita pela Representação do Brasil.

Os três primeiros textos dessa coletânea foram elaborados em 1992, como parte do programa de cooperação técnica com o Ministério da Saúde, consubstanciado no Projeto CADRHU II - que visa o fortalecimento da capacidade técnico-política das instituições do Sistema Único de Saúde na área de desenvolvimento de recursos humanos. O primeiro artigo apresenta uma discussão das bases conceituais para compreensão do processo de trabalho em saúde em suas dimensões gerenciais. O segundo contém uma descrição analítica do ordenamento institucional e jurídico da administração de pessoal no serviço público brasileiro. O terceiro documento trata das questões jurídicas implicadas na concepção e na prática da negociação coletiva do trabalho no serviço público. A divulgação desses textos restringiu-se, inicialmente, à sua utilização como material didático dos cursos de especialização do referido Projeto. Entretanto, considerando a atualidade dos temas tratados e a demanda por parte de técnicos e dirigentes de secretarias de saúde e de escolas e núcleos de ensino e pesquisa em saúde coletiva, decidiu-se incluí-los na presente publicação.

Os dois textos seguintes fazem parte de uma publicação do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS, contendo um conjunto de relatos de experiências inovadoras de gestão de recursos humanos desenvolvidas em diversos países latino-americanos. Desse conjunto, estão aqui editados os artigos que tratam de duas experiências de implantação de sistemas de negociação permanente do contrato de trabalho, realizadas no Brasil, mais precisamente no Hospital do IAMSPE/SP e na Prefeitura de Campinas.

O sexto documento aborda a questão dos sistemas de compensação do trabalho em organizações de saúde, a partir de uma revisão da literatura norte-americana sobre

modalidades de incentivo financeiro a profissionais médicos. Essa aproximação, como assinalado pelo próprio autor, não revela nenhuma preferência conceitual ou metodológica no tratamento do tema, sendo apenas uma decorrência da escassa acumulação teórica e prática sobre o assunto, principalmente na literatura e na experiência dos países latino-americanos.

Por último, inclui-se nesta edição um artigo (já divulgado em seminários, cursos, painéis etc, desde sua apresentação inicial na II Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde, em setembro/93) que apresenta uma proposta para implantação de um sistema de gestão do trabalho em estabelecimentos de saúde, levando em conta justamente a instalação de processos de negociação permanente, de incentivos à produtividade e de responsabilização.

SUMÁRIO

BASES SOCIAIS, TÉCNICAS E ECONÔMICAS DO TRABALHO EM SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	1
Adolfo Furtado	
ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL NO SERVIÇO PÚBLICO: ORDENAMENTO INSTITUCIONAL E JURÍDICO	19
Flávio Freitas Faria	
NEGOCIAÇÃO COLETIVA DO TRABALHO NO SETOR PÚBLICO	51
Maria Paula Dallari Bucci	
Valéria Simões Lira da Fonseca	
NEGOCIAÇÃO COLETIVA DO TRABALHO NO SETOR PÚBLICO: UM RESULTADO EM CAMPINAS	65
David Braga Jr.	
SISTEMA PERMANENTE DE NEGOCIAÇÃO COLETIVA DO TRABALHO NO HOSPITAL DO IAMSPE/SP	79
José Carlos Oliveira	
David Braga Jr.	
INCENTIVOS FINANCEIROS: UMA REVISÃO E ALGUNS ELEMENTOS PARA REFLEXÃO	91
Paulo Henrique Seixas	
A GESTÃO DO TRABALHO NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE: ELEMENTOS PARA UMA PROPOSTA	125
José Paranaguá de Santana	

BASES SOCIAIS, TÉCNICAS E ECONÔMICAS DO TRABALHO EM SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Adolfo Furtado*

A preocupação com níveis mais adequados de gestão dos serviços públicos de saúde no País torna-se fundamental, na medida em que estes passam, atualmente, por uma fase extremamente delicada. Sofrem, de início, os efeitos de uma profunda crise fiscal do Estado, cujas manifestações mais evidentes estão no ressurgimento de velhas endemias e na deterioração da infraestrutura hospitalar, decorrente da crônica subalocação de recursos governamentais, presentemente agravada pelos reflexos da crise financeira da Previdência Social.

Mais importante, talvez, que o recrudescimento da crise financeira dos serviços públicos de saúde, é a discussão em torno de sua própria existência, precisamente no momento em que se busca a consolidação de um novo aparato institucional e administrativo para a área, consubstanciado no Sistema Único de Saúde-SUS.

A polêmica atual em torno da manutenção da prestação pública de saúde ou de sua privatização nada mais é do que um subproduto de uma controvérsia mais ampla, também relacionada à crise do Estado. A perda da capacidade estatal de dinamizar a economia brasileira, motivada pelo esgotamento de seu padrão de financiamento, tem sido confusamente associada, principalmente por defensores de teses neoliberais, com o conceito de ineficiência. A oferta de serviços pelo setor público é, "ex-ante", considerada por estes como de baixa qualidade e de altíssimo custo, em contraposição ao setor privado que, por receber os corretos estímulos de mercado, atinge níveis ótimos de eficiência.

No Brasil, essa tese da ineficiência intrínseca do setor público ganhou contornos de discurso oficial, tendo dado inclusive margem ao aparecimento de inúmeras propostas de redução do tamanho do Estado pela via da privatização, mesmo em áreas onde sua intervenção já é tradicional, como as relacionadas com a seguridade social ⁽¹⁾.

(*) Assessor Legislativo da Câmara dos Deputados

(1) Recorde-se, por exemplo, a divulgação, pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, de anteprojetos de lei cujo objetivo principal era ampliar a privatização dos sistemas de previdência e de saúde, este último mediante a criação de um seguro de riscos sociais

A crítica radical do Estado, baseada em sua ineficiência "congénita", obscurece o fato de que até mesmo a teoria econômica que dá suporte às teses neo-liberais prevê a necessidade da intervenção pública em determinadas situações de mercado. A verdadeira questão, portanto, em muitos casos, não é privatizar porque o Estado é ineficiente, mas torná-lo eficiente para cumprir um papel que não pode ser coberto pelo setor privado.

Deste modo, é necessário diagnosticar quais os fatores institucionais e econômicos que contribuem para a redução do desempenho dos serviços públicos, a fim de estabelecer correções de curso.

Neste contexto, este trabalho apresenta algumas reflexões preliminares sobre os elementos determinantes do trabalho em saúde, especialmente no âmbito do setor público. As bases sociais, técnicas e institucionais que conformam o mercado de trabalho em saúde são examinadas, com o objetivo de fornecer elementos mais precisos para a gestão de recursos humanos na área.

A primeira seção faz uma breve digressão histórica sobre as mudanças na base técnica do trabalho em saúde. Procura-se demonstrar que a atual divisão do trabalho médico é parte de um processo mais geral de organização da produção - e, conseqüentemente, do processo de trabalho - no sistema capitalista.

Na segunda seção são abordados aspectos institucionais que conformam a organização do trabalho e a gestão de recursos humanos em saúde. Ênfase especial será dada aos objetivos do setor público, enquanto produtor ou provedor de serviços de saúde, e os interesses corporativos dos seus empregados.

A última seção reúne, à guisa de conclusões, alguns possíveis cenários para a superação de ineficiências na prestação de serviços públicos, mediante um gerenciamento mais adequado dos recursos humanos. A adaptação de técnicas de gestão participativa às realidades específicas da administração pública e o estímulo à negociação coletiva são apontadas como alternativas a serem exploradas.

I. Um Pouco de História

1. Determinantes Técnicos e Ideológicos da Organização de Trabalho Capitalista

Um observador leigo que examine a configuração atual do trabalho em saúde, e especialmente do trabalho médico, poderá ser levado a pensar que a relação entre o profissional da saúde e seu objeto de trabalho - o corpo humano -, assim como a base técnica do seu trabalho, dada pela estrutura peculiar da divisão do trabalho no espaço do hospital, caracterizam uma forma natural e imutável de organização do trabalho. As mudanças óbvias seriam imputadas exclusivamente à tecnologia, que contribuiria para tornar esta organização natural do trabalho mais eficiente, pela introdução de novos equipamentos, métodos de diagnóstico, etc.

Na realidade, porém, a base técnica e social do trabalho em saúde, tal como a conhecemos, é produto de transformações ocorridas em período relativamente recente da história da Medicina, as quais coincidem, de modo geral, com um processo mais global de mudanças sociais, econômicas e técnicas que caracterizam o surgimento do capitalismo industrial.

O modo de produção capitalista, ou seja, o conjunto específico de relações

sociais com fundamento na generalização do trabalho assalariado, só se tornou uma forma dominante de organização social após longa transição, a partir da desagregação do sistema feudal. Foi um demorado processo que levou não só à reorganização da base produtiva, mas também à redefinição de um conjunto de valores éticos e culturais.

Entre os elementos dessa nova estrutura ideológica que surge com o capitalismo, três são particularmente importantes para a análise da evolução da organização do trabalho em saúde.

Em primeiro lugar, a expansão do assalariamento permitiu romper com a velha relação de servidão, pela qual o trabalhador era subordinado ao senhor feudal por um pacto social e religioso de mútua dependência, que o obrigava a trabalhar somente para este em suas terras ou em sua propriedade, sem qualquer mobilidade social ou geográfica, em troca de proteção. A generalização do trabalho assalariado, ao contrário, pressupunha a possibilidade de o trabalhador ofertar sua força de trabalho a quem lhe aprouvesse. A ideologia associada a este processo desenvolveu o conceito de cidadania, segundo o qual todos os indivíduos são iguais em sociedade e livres para transacionarem no mercado. Do ponto de vista jurídico e político, o conceito embrionário de cidadania criado pelo assalariamento permitiu o surgimento das modernas teorias do Direito, assim como da democracia representativa.

Em segundo lugar, o conceito capitalista de liberdade e igualdade de direitos e oportunidades traz implícita a necessidade da valorização do trabalho, ao contrário dos antigos modos de produção escravista e feudal, onde o trabalho era nitidamente vinculado a uma posição de classe inferior. A valorização social do trabalho, assim como o conceito de cidadania, cumprem o papel de atenuar ou obscurecer as diferenças entre classes, na nova forma de organização da sociedade. O trabalhador só é proprietário de sua força de trabalho, mas pode ofertá-la no mercado, como mercadoria igual às outras e, portanto, passível de se transformar em dinheiro que, por sua vez, possibilita ao trabalhador exercer com igual liberdade seu papel de consumidor.

Em um plano mais filosófico, a valorização social do trabalho engendrada pelo modo de produção capitalista correspondeu a uma valorização social do corpo humano enquanto veículo do trabalho que, como veremos, passou a ser de fundamental importância para o desenvolvimento da Medicina e do trabalho em saúde. A importância social que passa a ser dada ao corpo humano, como veículo e agente do trabalho, surge em oposição aos valores da sociedade medieval, fundada na polarização entre corpo e espírito, pela qual este último concentrava todas as virtudes essenciais do ser humano.

Em terceiro lugar, o processo de acumulação de capital, baseado na expansão dos mercados e na produção em massa de mercadorias, engendrou uma estrutura produtiva cuja principal característica é a divisão técnica do trabalho. A relação do produtor com a mercadoria deixa de ser a do artesão que executa integralmente a produção, e evolui no sentido do trabalhador coletivo, formado por inúmeros trabalhadores individuais e parciais. Estes executam tarefas simples e articuladas por um processo produtivo, baseado na maquinaria, que já não conhecem e dominam completamente. Esta forma peculiar de organização da produção capitalista influenciou e foi influenciada por uma revolução no campo do conhecimento: o método científico passa a privilegiar a observação empírica controlada, a delimitação e a parcialização do objeto científico.

Como a divisão técnica do trabalho, a valorização social do trabalho e o conceito de cidadania lançaram as determinações mais gerais das atuais bases técnicas e sociais do

trabalho em saúde? Para melhor compreendermos este processo, nosso ponto de partida deve ser a prática da medicina sob o modo de produção feudal.

2. Organização do Trabalho em Saúde na Transição do Feudalismo para o Capitalismo

Na sociedade feudal, a prática da medicina era polarizada entre o trabalho do físico e o do cirurgião, entre a medicina interna e a medicina do corpo. Tal polarização do trabalho médico, por sua vez, correspondia às dicotomias básicas deste modo de produção, quer no plano concreto, quer no plano ideológico, e se expressava tanto em relação ao objeto do trabalho, quanto no que diz respeito à posição de ambas as categorias no contexto das classes sociais.

Do ponto de vista do objeto de trabalho, a medicina feudal espelhava, na prática, a ideologia dominante, que pregava a diversidade entre espírito e corpo. O trabalho do físico era voltado para a cura das enfermidades internas ao corpo que, por serem recônditas e somente perceptíveis por suas manifestações, conferiam ao trabalho desta categoria de médicos um ar essencialmente místico e de observador. O físico, assim, lutava intelectualmente contra a enfermidade, como entidade alheia ao indivíduo, reproduzindo de certa forma, no âmbito da prática médica, a relação do religioso com a virtude e o vício, com a retidão e o pecado:

"A explicação da causação das enfermidades e de seus movimentos interiores levava inevitavelmente a um compromisso com o ideológico, patenteado particularmente no caso das epidemias, em que o comportamento da população constituía constante ponto de referência. Numa obra datada de 1348, o físico catalão Jacme D'Agramont perfilava-se com todos os seus contemporâneos em assegurar que a 'pestilência do ar' é muitas vezes mandada por Deus, 'por causa de nossos pecados'"⁽²⁾.

O cirurgião, por sua vez, lidava com objetos concretos e perfeitamente visíveis, decorrentes do processo de trabalho ou da guerra: ferimentos, membros quebrados, etc. Sua prática dava-se sobre o corpo, não sobre a enfermidade. Seus instrumentos de trabalho não eram as ervas, as infusões e as poções, mas a faca, a agulha, a linha, etc.

Essa divisão técnica da prática médica feudal, entre o físico e o cirurgião, engendrava intervenções diversas sobre o doente, que raramente se complementavam. O físico assumia o papel do sábio, do alquimista e do exorcista: ao lidar com a enfermidade, aproximava-se do religioso e, portanto, do pólo espiritual. O cirurgião, por oposição, identificava-se com o trabalho artesanal e, por conseguinte, com o pólo material.

A divisão técnica da prática médica, por via de consequência, não podia dar

(2) Nogueira, R.P. - "Medicina Interna e Cirurgia: a Formação Social da Prática Médica", citado por Schraiber, Lilia, "Educação Médica e Capitalismo", HUCITEC/ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1989, p. 77. As idéias expostas nesta seção baseiam-se preponderantemente no trabalho de Schraiber.

margem ao surgimento do trabalho cooperativo do hospital⁽³⁾, inclusive porque a aquisição do conhecimento, por parte do físico e do cirurgião, davase através de dois processos distintos e independentes:

"Enquanto os cirurgiões se qualificavam nas corporações de ofício - uma vez que o saber teórico e prático da cirurgia, devido a sua constituição técnica, tinha que ser adquirido/transmitido numa relação imediata com o exercício profissional -, os físicos qualificavam-se no saber amplo e universalístico ministrado nas universidades"⁽⁴⁾

Do ponto de vista social, por outro lado, a organização técnica do trabalho médico no modo de produção feudal correspondia à diferenciação hierárquica de classes entre nobres e servos. O físico era geralmente membro da "entourage" de um nobre feudal, ocupando um cargo, assim como ocorria com os pintores e músicos. O cirurgião, por sua vez, pertencia à categoria dos artesãos, e sua posição social pouco diferia em hierarquia dos demais servos que habitavam as pequenas urbes medievais. Neste sentido, existia uma clara subordinação política, no âmbito dos trabalhadores em medicina, do cirurgião em relação ao físico:

"Às universidades, portanto, congregando os interesses dos físicos -e na defesa destes-, era dada a incumbência de zelar pela manutenção da superioridade hierárquica dos físicos, e da subordinação dos cirurgiões, o que realizavam fiscalizando e normatizando suas práticas, assim reproduzindo as distinções técnicas e sociais de seus trabalhos."⁽⁵⁾

A abrangência da prática médica também refletia a realidade e a ideologia do modo de produção feudal. A subvalorização do corpo e a relação evidente de subordinação dos servos aos senhores feudais refletia-se no alcance restrito da medicina sobre a população. A medicina era quase exclusivamente dirigida à classe dominante, sendo que apenas uma pequena fração dos físicos e cirurgiões era permanentemente mantida pela Igreja em hospedarias e casas de misericórdia.

Na transição do feudalismo para o capitalismo, especialmente na fase de dominação do mercantilismo, a prática médica começa a alterar sua função social. O surgimento de uma burguesia mercantil rica e, principalmente, o nascimento do conceito de nação, derivado da transformação do Estado feudal em Estado absolutista, expandiram a atuação do trabalho em saúde para além do atendimento à classe dominante.

Com a burguesia mercantil, surge uma nova classe social capaz de arcar com os custos de um tratamento médico, o que faz aparecer o físico e o cirurgião autônomos em

(3) O hospital medieval era, como o próprio nome o indicava, uma "santa casa de misericórdia". Sua função não era, pelo menos primordialmente, a cura do paciente, mas a de praticar a caridade para com os miseráveis e sem abrigo, inclusive como forma de penitência e eleição espiritual dos que lá trabalhavam, na sua maioria religiosos.

(4) Schraiber, op. cit., p. 79.

(5) Idem, p. 80.

relação à nobreza e ao clero, que prestam serviços mediante pagamento em moeda. No segundo caso, o desenvolvimento do Estado absolutista traz consigo o conceito de riqueza nacional, da qual um dos elementos mais importantes era o tamanho da população. Passava a ser uma preocupação do Estado manter e ampliar sua população, pois a maior parte da riqueza era obtida pela anexação de territórios e, para tanto, a criação de grandes exércitos era de fundamental importância.

Neste contexto, surgia um embrião do serviço público de saúde, cuja tarefa principal era garantir a expansão demográfica:

"Tarefa que, identificando-se com os interesses do Estado, é efetivada através do controle sanitário: as medidas tomadas não se dão principalmente no sentido da extensão do cuidado médico individual, mas no controle demográfico, no controle das epidemias e epizootias, no controle do espaço urbano."⁽⁶⁾

O desenvolvimento dessa particular prática médica associada ao Estado possibilitou uma progressiva redefinição da relação do médico com seu objeto de trabalho e, por conseqüência, da base técnica do trabalho em saúde. Não é objetivo deste trabalho detalhar a evolução do processo de conhecimento na área da saúde, mas importa saber que a ênfase no controle epidemiológico permitiu que a polarização medieval entre a enfermidade - enquanto entidade externa - e o corpo desse crescentemente lugar à "anatomização" da doença, ou seja,

"a identificação da localização da enfermidade na estrutura anatômica do corpo (nos órgãos, nos tecidos); a identificação das alterações de estrutura e funcionamento que a enfermidade, através das lesões anatômicas, provoca no corpo (...). Assim, nesse processo, o espaço da enfermidade identifica-se ao espaço do corpo (...) e a própria enfermidade não se concebe mais como uma essência nosológica (...), mas como a forma patológica de vida."⁽⁷⁾

O processo de mudança da concepção do objeto do trabalho médico (da enfermidade para o corpo humano) aconteceu, a partir do surgimento do Estado absolutista, em função do fato de que a ênfase sobre o controle epidemiológico implicou, do ponto de vista do conhecimento sobre a doença, um exercício crescente de identificação da enfermidade a partir da observação sistemática de grandes conjuntos de situações individuais e de sua relação com o meio.

Por outro lado, a preocupação em isolar os efeitos que o meio ambiente produzia sobre a doença redefiniu o papel do hospital:

"Ainda é o lugar dos doentes sem domicílio, mas ao mesmo tempo lugar de exclusão e proteção, e

(6) Idem, ibidem, p. 81.

(7) Idem, ibidem, p. 92

espaço apropriado para essa nova forma de experiência médica, (...) porque é espaço coletivo, no qual é possível controlar o meio."⁽⁸⁾

A redefinição do hospital como espaço de prática médica antecede por certo espaço de tempo o surgimento do capitalismo industrial. Por isto, passa a ser o "locus" privilegiado da reorganização do trabalho em saúde, a absorver a dinâmica geral da expansão técnica do modo de produção capitalista.

3. A Organização Técnica do Trabalho em Saúde no Capitalismo: Especificidades do Mercado de Trabalho

A reorganização do trabalho em saúde acompanha de forma muito próxima a reestruturação mais geral do processo de trabalho no modo de produção especificamente capitalista que, do ponto de vista ideológico, fundamenta sua tecnicidade no método científico cartesiano. Assim como na fábrica, que suplanta a manufatura mercantil por um salto qualitativo na organização da produção, pela parcialização de tarefas, pela existência de uma instância externa de controle a cada trabalhador individual, pela maquinaria e pelo trabalho em cooperação, o hospital redefine-se fisicamente (na determinação do número de pacientes por leito, do número de leitos por enfermagem, etc.), tecnologicamente e qualitativamente, sob o ponto de vista da prática médica:

"As transformações que se processam no espaço do hospital são efetuadas pelos distintos agentes do trabalho médico que realizam aí, conjuntamente, sua prática.(...) Os agentes do trabalho médico não estão dispostos segundo as mesmas posições hierárquicas que diferenciavam as categorias das quais são provenientes, reduzindo-se as diferenças entre seus trabalhos a uma questão de indicação terapêutica.(...) Estes distintos profissionais estão colocados de modo igual diante de uma mesma forma de proceder(...): a intervenção terapêutica individual com base na observação coletiva dos casos, no registro sistemático dos dados, no estudo individual e comparativo dos casos, no estudo do meio e na intervenção nele."⁽⁹⁾

A essa unificação do método de abordagem do objeto de trabalho -que passa a ser, indistintamente para "físicos" e cirurgiões, o corpo humano e suas patologias - corresponde um movimento específico no sentido da especialização, no trabalho em saúde. O processo dominante de apreensão do saber em saúde segue, como de resto toda a sistematização científica típica do capitalismo industrial, o método cartesiano, do qual uma das características é a compreensão do funcionamento do todo a partir do estudo

(8) *Ibid.*, p. 88

(9) *Idem.*, *ibidem.*, pp. 89-90

detalhado das partes.

Neste sentido, multiplicaram-se as especialidades médicas e, no trabalho do hospital, reproduziu-se o fenômeno da parcialização das tarefas típico da fábrica, especialmente pelo desenvolvimento de profissões auxiliares do trabalho médico. O trabalho em saúde assume, assim, uma base técnica própria do modo de produção capitalista, mantendo, todavia, suas especificidades. Duas delas decorrem do objeto de trabalho do profissional em saúde.

Em primeiro lugar, na medida em que o objeto de trabalho do profissional de saúde é o corpo humano, e o produto do trabalho -a cura- é algo perceptível, mas não material, a parcialização do trabalho em saúde, ao contrário da que ocorre na fábrica, não vincula o trabalhador em saúde necessariamente ao assalariamento. O operário especializado na montagem de placas de processamento de computadores tem pouca esperança em ganhar sua subsistência longe da fábrica. O trabalhador em saúde, especialmente o médico que não necessita operar com equipamentos de elevadíssimo valor unitário, ainda é capaz de oferecer autonomamente seus serviços, embora a tendência geral seja a de assalariamento⁽¹⁰⁾.

Esta característica especial do produto ofertado pelo profissional de saúde engendra, portanto, um mercado de trabalho extremamente diversificado que, do ponto de vista da relação de trabalho, se traduz tanto no profissional autônomo quanto no assalariado, com vários matizes intermediários de contratação, a exemplo do médico que presta seus serviços aparentemente como autônomo, mas subordinado total ou parcialmente a empresas de prestação de serviços médicos.

Em segundo lugar, a difusão do conceito de cidadania e a valorização do corpo humano enquanto veículo de trabalho no modo de produção capitalista reforçaram a tendência à prestação pública de serviços de saúde. Enquanto a chamada medicina do Estado, sob o mercantilismo, cumpria uma função de reprodução da população a ser utilizada na formação dos exércitos, no capitalismo moderno seu papel é o da reprodução da força de trabalho, que se torna mais importantes quanto maiores são as desigualdades de renda pessoal. Por isto, assume o caráter de serviço público de saúde. A universalização da saúde é, pois, decorrência de sua própria função no capitalismo.

A chamada medicina preventiva, a cargo do Estado, necessariamente pressupõe a existência de um contingente de funcionários públicos assalariados. De outro lado, a chamada medicina curativa geralmente determina a implantação de uma rede hospitalar e ambulatorial pública, com profissionais de saúde contratados sob regime de assalariamento, embora esta não seja uma forma exclusiva de prestação de assistência médica pelo Estado⁽¹¹⁾. Neste sentido, a relação de trabalho, no âmbito estatal, é mais próxima da relação puramente capitalista do assalariamento.

A presença dominante de profissionais assalariados a serviço do Estado coloca, por sua vez, uma série de particularidades para a prestação pública de serviços de saúde, quando confrontadas com as características peculiares a esses serviços, que os diferenciam do setor privado.

(10) A tendência do modo de produção capitalista, de que esta se realiza através da maquinaria, também está presente na medicina, elevando o capital mínimo necessário para o trabalho autônomo do médico e, assim, levando à organização capitalista da oferta de serviços médicos e à generalização do assalariamento.

(11) A prestação pública de assistência médica, em função da própria especificidade já apontada no objeto de trabalho do médico, poderia se dar pela distribuição de subsídios de renda, na forma de bônus ou cupons, para os cidadãos escolherem livremente seu serviço. O Estado deveria, neste caso, normalizar e fiscalizar tais serviços.

II. ASPECTOS INSTITUCIONAIS DO MERCADO DE TRABALHO DO SETOR PÚBLICO E ESPECIFICIDADES NA ÁREA DE SAÚDE

Na primeira seção observou-se que a organização técnica da prática médica segue as linhas gerais da organização do trabalho no moderno capitalismo industrial, baseando-se no trabalho coletivo realizado no espaço hospitalar. Do ponto de vista das relações de trabalho, embora as especificidades do objeto de trabalho permitam maior flexibilidade ao profissional de saúde, a tendência geral é a de assalariamento, principalmente no setor público, que toma para si o encargo da universalização da saúde.

Neste ponto, cabe fazer outra breve digressão histórica. Tem sido uma tendência universal do capitalismo industrial, desde as primeiras décadas do século XIX, o processo de organização dos trabalhadores assalariados em entidades destinadas à defesa de seus interesses, que evoluíram até se constituírem nos sindicatos, tal como os conhecemos atualmente. Estas entidades tiveram um papel fundamental na humanização do processo de trabalho capitalista recém-implantado no século XIX, ao conquistarem a duras penas direitos hoje consagrados, como jornadas de trabalho compatíveis com a capacidade laborativa, horários de descanso, folgas semanais, etc.

No plano político, este processo de organização da classe trabalhadora gerou os movimentos trabalhistas, socialistas, comunistas e social-democratas da Europa, responsáveis, paradoxalmente, por conquistas legais e institucionais que aproximaram mais o conceito capitalista de cidadania da realidade, como a extensão do direito de voto às mulheres.

O processo de reconhecimento dos sindicatos como instituições legítimas para o capitalismo não se deu, todavia, sem grandes sobressaltos. A teoria econômica e a sociologia dominantes não hesitaram em reconhecer nos sindicatos um entrave ao livre funcionamento das forças de mercado, na medida em que o trabalhador, enquanto proprietário de sua força de trabalho, tinha cerceada sua liberdade de ser contratado em bases salariais ou condições de trabalho inferiores às estipuladas pela contratação coletiva.

A explicação da grande depressão na terceira década deste século, até que Keynes publicasse sua Teoria Geral, estava centrada precisamente no fato de que os sindicatos impediam a queda dos salários reais e, portanto, desequilibravam o mercado de trabalho, provocando desemprego. Foi somente com a publicação da Convenção nº 87 da Organização Internacional do Trabalho, que a livre organização sindical dos trabalhadores passou a ser reconhecida como parte integrante e necessária do capitalismo.

No Brasil, a organização sindical ganhou grande impulso a partir de meados da década de 30, mas sob inspiração fortemente corporativista, baseada no sindicalismo corporativista-fascista italiano. As entidades sindicais eram atreladas ao Estado, dependendo da carta de registro sindical expedida pelo Ministro do Trabalho para poderem funcionar. Ademais, era o Ministro quem decidia como os trabalhadores deveriam se organizar, ao definir as categorias profissionais e a base territorial da entidade. Na realidade, o sindicato getulista era uma quase-autarquia: era custeado com recursos fiscais - através do imposto sindical - , seu estatuto incorporava obrigatoriamente inúmeras normas e procedimentos dos órgãos públicos e cumpria tantas funções assistenciais e previdenciárias que mal lhe sobravam tempo e recursos para

dedicar-se à função de interlocutor no processo de negociação coletiva.

Esta situação perdurou até meados da década de setenta, quando começou a surgir um novo sindicalismo paralelo à velha estrutura sindical oficial, que tornou-se o embrião das atuais centrais sindicais e do Partido dos Trabalhadores. A diferença básica deste novo sindicalismo das centrais em relação à velha organização das federações e confederações está na autonomia em relação ao Estado e na legitimidade conseguida no processo de negociação com os empregadores, através da real capacidade de mobilização dos trabalhadores da categoria.

Uma das características interessantes deste novo movimento organizado dos trabalhadores no Brasil reside na sua composição. Para além do operariado industrial paulista, que foi seu berço, as categorias organizadas compreendem os setores industriais do Centro-Sul, o setor financeiro e o setor público, abrangendo dos trabalhadores das empresas estatais aos servidores civis da administração direta, autárquica e fundacional. Os trabalhadores do setor público certamente são majoritários na composição da maior central sindical do País.

Dois outros aspectos de fundamental importância no sindicalismo liderado pelas centrais, pelo menos até o final da década de oitenta, quando o poder de barganha sindical não havia sido duramente afetado pela recessão do início da década seguinte, podem ainda ser mencionados.

Em primeiro lugar, a dinâmica da negociação coletiva pode ser caracterizada pela centralização das pautas de reivindicações e estratégias de mobilização, combinadas com a atomização do processo de negociação. A centralização da pauta de reivindicações é resultado da importância crescente das centrais sindicais, que passam a homogeneizar o discurso sindical e as formas de organização das greves, como estratégia de legitimação junto às próprias bases, aos empregadores e ao Estado. A atomização do processo de negociação é herança legal da velha organização sindical que, por meio de diversos dispositivos⁽¹²⁾, ainda impede que as centrais sindicais atuem como interlocutores legalmente reconhecidos na negociação coletiva.

Em segundo lugar, as centrais sindicais têm procurado credenciar-se não apenas como interlocutores na negociação coletiva, mas também como partes legítimas do processo político. O movimento sindical, neste contexto, é entendido também como instrumento de canalização das reivindicações populares. Neste sentido, parcela substancial das pautas de reivindicações dos sindicatos filiados às centrais sindicais abrange cláusulas não trabalhistas.

Essas duas características da atuação do sindicalismo brasileiro contemporâneo adquirem novas particularidades quando se trata de categorias de servidores públicos, especificamente da administração direta, autárquica e fundacional, na medida em que seu mercado de trabalho é regulado por instituições bem diversas das que estão subjacentes aos demais mercados. Este é o caso, por exemplo, da maioria esmagadora dos profissionais de saúde ligados ao setor público. Não é objetivo deste trabalho detalhar o ordenamento jurídico que rege as relações de trabalho dos servidores, mas abordar as diferenciações relevantes que este gera sobre o funcionamento do mercado de trabalho.

A primeira diferença é dada pelos baixos índices de mobilidade e rotatividade da

(12) Notadamente a manutenção do princípio da unicidade sindical e a existência de inúmeras datas-bases de negociação ao longo do ano.

mão-de-obra do setor público, e em particular no segmento não empresarial, que em grande parte derivam das regras de acesso aos diversos mercados internos de trabalho, baseadas em concurso público, assim como do instituto da estabilidade no emprego. O ingresso em carreiras e a relativa estabilidade no emprego criam, pelo menos potencialmente, maior coesão e identidade no âmbito de carreiras diferenciadas de servidores, fator que facilita o processo de associação em grupos específicos (fiscais da Receita, professores universitários, médicos, etc.), mas dificulta a unificação das pautas de reivindicações.

Decorre daí a multiplicidade de entidades representativas de servidores, organizadas quer sob uma orientação verticalizante, abrangendo todos os funcionários de determinado órgão público ou função, por inspiração das centrais sindicais; quer de forma horizontal, segmentados em função das carreiras específicas, abrangendo vários órgãos ou funções. Tal fato estimula ainda mais a atomização do processo de negociação, desta vez em função dos inúmeros interlocutores dos trabalhadores.

Uma segunda diferença fundamental está na determinação dos padrões de remuneração dos servidores públicos. Enquanto os constrangimentos legais sobre o setor privado e as empresas estatais atuam basicamente sobre o piso salarial mínimo e, eventualmente, sobre a recomposição periódica mínima dos salários, deixando ao empresário e aos trabalhadores, em negociação coletiva, a possibilidade de fixarem e alterarem tanto o salário médio, quanto a escala hierárquica dos salários dentro da empresa, as regras salariais para os servidores públicos da administração direta, autárquica e fundacional são muito mais rigorosas.

Os princípios da legalidade e da publicidade justificam, por exemplo, a necessidade de aprovação legislativa para tabelas salariais, planos de carreira e quaisquer alterações nestes que impliquem elevação de gastos com pessoal. Tal exigência reduz grandemente o escopo do processo de negociação coletiva na solução de conflitos em torno de salários, pois cria simultaneamente um constrangimento para o administrador público e uma segunda instância de negociação, que é o Poder Executivo.

A rigidez da estrutura salarial é um fator desagregador das pautas de reivindicações unificadas e incentivador da atomização da negociação ao nível dos próprios servidores públicos, pois a mobilização sindical geral dos funcionários em torno de aumentos salariais geralmente é substituída por negociações reservadas, conduzidas separadamente por corporações específicas com o Executivo e o Legislativo, que vêm nesta estratégia melhores condições de sucesso, na medida em que alterações salariais isoladas produzem impactos supostamente menores sobre o gasto global com pessoal.

A determinação constitucional de que os gastos com pessoal não excedam certa porcentagem das receitas também reduz a eficácia da centralização das pautas de reivindicações, uma vez que as cláusulas de reajuste salarial baseadas na variação do custo de vida podem encontrar no comportamento da receita um obstáculo concreto.

Em terceiro lugar, em função da natureza dos objetivos do seu empregador, os sindicatos de servidores públicos são os únicos que podem, teoricamente, negociar cláusulas que dizem respeito às demandas sociais, na medida em que estas podem confundir-se especificamente com a discussão em torno do seu próprio processo de trabalho.

As categorias organizadas de servidores públicos apresentam, por conseguinte,

especificidades em sua forma de organização, no escopo de sua atuação, além de se investirem potencialmente, no processo de negociação, com uma dupla atribuição, muitas vezes contraditória: a de interlocutores das corporações, com as reivindicações gerais e particulares decorrentes de sua condição de assalariados; e a de veículos de expressão das demandas dos usuários dos serviços públicos.

É este conjunto de determinantes institucionais do trabalho nos serviços públicos de saúde que se defronta com as particularidades da organização da oferta desses serviços por parte do Estado, já mencionadas na seção anterior. Cabe justamente aos administradores públicos e, em especial, aos responsáveis pela administração de recursos humanos, adotarem medidas gerenciais capazes de motivarem a organização a atuar com o máximo de eficiência.

Neste contexto, a última seção deste trabalho procura traçar o típico quadro vicioso responsável pelos baixos níveis de eficiência dos serviços públicos de saúde, e apontar possíveis fórmulas para sua superação. Algumas delas implicam somente alterações comportamentais dos agentes envolvidos; outras necessitariam de revisão em mecanismos estabelecidos por lei.

III. RESTRIÇÕES LEGAIS, PAPEL DAS CORPORações E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DE SAÚDE

A unidade produtora de serviços públicos de saúde se diferencia de sua similar privada sob diversos aspectos. O primeiro deles diz respeito aos objetivos de uma ou de outra organização, que são, respectivamente, a obtenção do máximo bem-estar social e a maximização de lucros⁽¹³⁾. Por via de conseqüência, são diversos os conceitos de eficiência e os indicadores utilizados para sua mensuração: enquanto o produtor privado pode se servir do sistema de preços, o serviço público de saúde freqüentemente capta sinais dúbios, provenientes quer do orçamento, quer de uma percepção direta, mas nem sempre adequada, das necessidades dos usuários.

Não obstante todas essas diferenças, existe uma identidade fundamental entre as ofertas privada e pública de serviços de saúde. Ambos repousam sobre a mesma base técnica e organizacional que, como vimos, é fruto de um longo processo de evolução histórica que culmina com a reorganização da prática médica sob o capitalismo industrial.

Se os insumos utilizados são os mesmos, se sua proporção de uso é semelhante ao do setor privado, haverá então razões para se acreditar que o serviço público de saúde deva ser congenitamente ineficiente? É claro que não, pelo menos do ponto de vista estritamente "tecnológico". Independentemente dos objetivos, não haveria razões concretas para se crer que dois hospitais, um público e outro privado, semelhantes no tamanho e na qualificação da mão-de-obra, bem como nas instalações e equipamentos, não possam operar com níveis semelhantes de eficiência.

As eventuais ineficiências dos serviços públicos de saúde são, portanto, corrigíveis, porque decorrentes não de distorções estruturais em sua base técnica, mas de

(13) Um economista tradicional certamente argumentaria que, ao maximizar lucros, o produtor privado estará contribuindo, mesmo sem saber, para a obtenção de um ponto ótimo de bem-estar social. Isto pode ser verdade, desde que atendidas várias condições comportamentais. A diferença, de todo modo, é que a maximização do bem-estar social é objetivo intrínseco ao setor público.

características específicas do ambiente institucional, que afetam negativamente sua gestão. Dois exemplos são bastantes para ilustrá-las.

Confusão de Objetivos e Motivação:

As dificuldades para se traduzir, em objetivos organizacionais mais concretos, o propósito mais amplo do serviço público, que é a maximização do bem-estar social, podem levar a sérios problemas de perda de motivação. Na medida em que um hospital público recebe sinais contraditórios ou imprecisos das metas de desempenho que precisa perseguir, ocorre uma profunda influência negativa sobre a motivação quer das chefias, quer dos trabalhadores.

Do ponto de vista das chefias, pode surgir tanto uma sensação de frustração, quanto de resignação, diante dos reduzidos graus de liberdade com que contam para gerenciarem o ambiente microeconômico do hospital: a necessária observância do princípio da legalidade obriga o gestor público a nada fazer senão em virtude da lei, e esta pode não ser suficientemente flexível para permitir a adaptação da unidade prestadora de serviços a mudanças conjunturais da demanda. O exemplo da "camisa-de-força" do orçamento ilustra bem esta situação.

Do ponto de vista dos trabalhadores, a imprecisão do conceito de eficiência ou o claro desequilíbrio entre a oferta de serviços e as necessidades sociais mais aparentes pode dar margem a dois comportamentos igualmente desagregadores.

Em uma primeira hipótese, os servidores simplesmente se acomodam e continuam a fazer seu trabalho sem qualquer motivação. Este comportamento encontra raízes na cultura paternalista do Estado brasileiro, segundo a qual, no serviço público, o bom funcionário é medido não por sua produtividade, mas por sua obediência. O objetivo da organização é dado pelo chefe, e a única função do servidor é cumprir ordens.

Em uma segunda hipótese, os servidores, em função de sua organização, já superaram os valores culturais paternalistas e se indignam contra o que se lhes apresenta como uma administração insensível à realidade das necessidades dos usuários. Como não existe no Brasil, e muito menos no setor público, tradição de negociação permanente, o provável resultado é que a indignação resulte em confronto.

Assim, qualquer das quatro combinações possíveis de estados de ânimo da chefia e dos trabalhadores (frustração x acomodação; resignação x indignação; frustração x indignação; e resignação x acomodação) tendem a ampliar as ineficiências, seja pela inércia, seja pela elevação das tensões e das possibilidades de conflito.

Duplicidade de Papéis, Direitos e Deveres:

Outra possível fonte de geração de ineficiências pode decorrer do duplo caráter da ação corporativa, ao nível da unidade de prestação de serviços públicos de saúde. Na medida em que as chefias são recrutadas entre quadros pertencentes a carreiras específicas do setor (médicos, enfermeiras, etc.) e que os sindicatos ou associações dessas categorias de servidores podem potencialmente assumir o caráter de representantes dos interesses dos usuários, a possibilidade de se tomarem os objetivos do hospital pelos da corporação é muito elevada. Neste momento, a noção de direitos e deveres, tanto da chefia quanto dos servidores, passa a ser muito tênue e pode mesmo desaparecer.

Tomemos como exemplo concreto um hospital que organiza um serviço de emergência e, para tanto, institui determinada gratificação de incentivo para os médicos alocados ao setor. A princípio, tal gratificação não integra salário e deveria estar

vinculada ao exercício daquela atividade específica.

Após algum tempo, os profissionais passam a reduzir sua jornada de trabalho na emergência e a compensar, informalmente, tal redução no atendimento ambulatorial normal. A chefia é "compreensiva" com os colegas, não controla o cumprimento da jornada de trabalho e logo solicita uma ampliação dos quadros do serviço, elevando o número de profissionais que recebem a remuneração.

Na próxima revisão geral da remuneração dos servidores, o sindicato coloca a reivindicação da incorporação daquela gratificação ao salário de todos os profissionais, por uma questão de isonomia. Com alguma sorte, tal gratificação transforma-se em lei, com a justificativa de corrigir injustiças, e a chefia volta a ter problemas para administrar seu serviço de emergência, posto que já não dispõe do incentivo da gratificação.

Este é um exemplo típico das dificuldades de delimitação dos papéis a serem desempenhados pelos diversos agentes do processo de trabalho no hospital público: o médico que oscila entre suas atribuições de chefe e o sentimento de lealdade para com os colegas, além do natural "esprit de corps"; e as representações de servidores, que oscilam entre seu papel legítimo de defesa da corporação e a postura que assumem de agentes do processo político.

Ambos os exemplos apresentam situações de ineficiência em função de combinações infelizes de determinantes institucionais. No primeiro caso, somaram-se as restrições legais, que impedem o gerente público de ser capaz de administrar com tanta flexibilidade quanto no setor privado e a desinformação, por parte dos servidores, destes constrangimentos impostos à chefia. No segundo caso, a ambigüidade nos papéis tanto da chefia quanto dos servidores, aliada a atitudes não institucionais de flexibilização do comportamento frente às mesmas restrições legais⁽¹⁴⁾, acabaram por desencadear um processo que engendrou a prestação do mesmo serviço, com mais profissionais e a custo maior, portanto com menos eficiência.

Os dois exemplos, por sua vez, apresentam uma característica comum: a inexistência de canais institucionalmente aceitos de intercâmbio de informações e de negociação entre a chefia e os servidores. A essa característica pode somar-se outra, mais geral: métodos imperfeitos de determinação dos objetivos específicos das instituições prestadoras de serviços de saúde pública, em virtude da fraca pressão exercida pelos usuários sobre o sistema.

Poder-se-ia argumentar, não sem alguma razão, que a solução definitiva de todos esses desvios comportamentais de usuários, administradores públicos e servidores passa por um longo processo que se inicia na educação básica e que completa o ciclo na compreensão e no exercício da cidadania.

Não obstante, tal constatação não pode levar ao imobilismo. Apesar de todas as restrições institucionais apontadas, existem espaços não explorados na forma de gerenciamento da coisa pública, especialmente na gestão de recursos humanos, que, se corretamente aproveitados, certamente contribuiriam para o aumento da motivação para o trabalho e para a redução dos conflitos entre chefias e servidores, com óbvias conseqüências positivas sobre a produtividade e a eficiência.

Caberia, neste sentido, explorar precisamente as mesmas características

(14) Representadas pelo "jeitinho" no cumprimento da jornada de trabalho, com assinatura formal do ponto e jornada flexível. Daí à redução voluntária da jornada, para tratamento de assuntos pessoais, é um passo.

institucionais que hoje são fontes de problemas, e transformá-las em vetores positivos de transformação dos métodos de administração. Tomemos, por exemplo, a possibilidade de aproveitamento positivo de duas variáveis institucionais: o objetivo global do serviço público, que é a maximização do bem-estar social, e a postura das entidades representativas de trabalhadores enquanto agentes políticos, precisamente com o mesmo objetivo.

Essa coincidência de objetivos - embora possa às vezes apresentar aspectos contraditórios, da parte dos trabalhadores - significa um ponto de partida muito superior ao da iniciativa privada, para a implantação de métodos de administração participativa.

No caso da iniciativa privada, a tradição de mais de um século de relações trabalhistas é a da administração do conflito de dois objetivos aparentemente irreconciliáveis: a busca da maximização do lucro, por parte do capitalista, em detrimento da expansão dos salários, e a luta por melhores salários e condições de trabalho. Mesmo assim, e apesar de todos os componentes ideológicos envolvidos, o desenvolvimento das sociedades anônimas e a busca de sobrevivência a longo prazo das empresas deu margem a que novos métodos de gestão participativa, com ênfase na elevação da produtividade e na qualidade total - do produto, do processo produtivo e das condições de trabalho-, fossem implantados no Japão, na Europa ocidental e nos Estados Unidos.

Do ponto de vista das relações entre administração e empregados, a característica principal é a intensa participação destes últimos na reorganização do processo de produção⁽¹⁵⁾ e a introdução de mecanismos permanentes de negociação e intercâmbio de informações, além da definição conjunta de sistemas de remuneração vinculados ao desempenho de grupos ou setores.

Se, no setor público, existe maior afinidade de objetivos entre a organização e os servidores, por que não aproveitá-la para a implementação de sistemas de administração participativa?

Muitos argumentariam que a própria rigidez legal impediria tal iniciativa. A alegação não se sustenta, na medida em que, no âmbito restrito da unidade prestadora de serviços de saúde, muitos métodos informais - mas viciados - de convivência com a ordem legal são implantados. A administração participativa meramente canalizaria a criatividade da instituição de acordo com objetivos acordados e de conhecimento geral. Ademais, não existem quaisquer impedimentos de ordem legal a que as chefias alterem seu processo de tomada de decisões sobre o conjunto de assuntos que estão no rol de suas atribuições.

Que tipo de providências deveriam ser tomadas, neste contexto, para a implementação de esquemas de administração pública participativa?

A premissa básica, antes de qualquer providência de ordem prática, é a efetiva vontade política da chefia, pois a primeira consequência da implantação da administração participativa é a perda de poder, porque este passa a ser necessariamente compartilhado com os servidores e, eventualmente, com os usuários. Isto não deve significar, todavia,

(15) Um exemplo clássico desse processo é o crescimento das sugestões feitas pelos empregados da Toyota, para aperfeiçoamento de produtos e processos, entre 1960 e 1983. Naquele primeiro ano foram encaminhadas 9.000 sugestões de empregados, dos quais 39% foram aproveitadas. Já em 1983, 1.655.858 opiniões de trabalhadores sobre a organização da produção foram apresentadas, das quais 96% foram incorporadas.

redução da autoridade, pois o que muda são as regras do processo de tomada de decisões, não a forma pela qual elas são implementadas.

Atendido tal pressuposto, o objetivo deve ser o estabelecimento de um mecanismo permanente de negociação e de intercâmbio de informações entre a administração e os servidores. Tal mecanismo pode tomar a forma, por exemplo, de uma comissão paritária, que se reúna rotineiramente e sempre que uma das partes solicitar, com o objetivo de negociar a solução de uma controvérsia ou um problema gerencial, ou para acompanhar e avaliar a implementação de algo previamente acordado ou, ainda, simplesmente para disseminar de informações.

A deflagração do processo de negociação permanente deve ser antecedida de uma série de tarefas preparatórias, que se tornam tanto mais complexas quanto menor for a cultura negocial da instituição: no setor público esta é praticamente nula. As fórmulas utilizadas para viabilizar o processo são muitas, e por certo dependerão das características técnico-organizacionais e da cultura institucional de cada organização, mas, sem pretender transformá-los em roteiro, alguns procedimentos mais gerais são apontados a seguir.

O primeiro passo é a definição dos interlocutores, que pode vir a ser um complicado esquema de "engenharia política". A preocupação básica deve ser a de que todas as carreiras de servidores devam estar representadas, na medida em tais carreiras correspondam, o mais proximamente possível, à estrutura ocupacional e, portanto, à divisão técnica do trabalho dentro da unidade prestadora de serviços públicos de saúde.

Definida, a princípio, a composição da comissão paritária, apresenta-se o problema da escolha dos representantes dos servidores. Este é o ponto mais sensível do processo, porque a garantia de representatividade depende o sucesso futuro do sistema permanente de negociação. Neste momento, e na medida em que os trabalhadores estejam suficientemente organizados em sindicatos ou associações, deve-se apresentar a estas entidades a proposta do sistema permanente de negociação⁽¹⁶⁾ e propor-lhes uma negociação sobre a forma de escolha dos representantes.

Existem duas fórmulas polares de escolha dos representantes. Pela primeira, as entidades representativas de servidores indicam seus representantes. Pela segunda, processa-se algum tipo de consulta direta aos servidores da unidade para a escolha (uma eleição, por exemplo). Um arranjo intermediário seria uma escolha direta, entre os servidores, assistida e organizada por suas entidades, que teria a vantagem do comprometimento das entidades e da participação direta dos servidores da casa que, em última instância, são os que vivenciam a instituição no dia-a-dia.

O terceiro momento é o da definição das regras do jogo. Toda a processualística da negociação, a forma de decisão (se por consenso, por maioria, etc.) e os instrumentos pelos quais as decisões serão formalizadas⁽¹⁷⁾ deverão estar previamente acordados entre as partes, antes do exame do primeiro caso concreto pela comissão paritária.

Finalmente, a última tarefa preparatória é a definição das pautas de assuntos que, obviamente, tenderá a se tornar atividade permanente. Neste caso, o essencial é que a disposição das partes seja suficientemente flexível para discutir quaisquer tipos de assuntos (reformulações organizacionais, do processo de trabalho, controvérsias entre

(16) Neste momento, é praticamente certa alguma redefinição da composição da comissão.

(17) Onde fiquem absolutamente transparentes os direitos e deveres de cada uma das partes.

chefias e subordinados, etc.), desde que todas as partes concordem, com base em dados objetivos, que os pontos levados à comissão podem gerar soluções no âmbito da organização, ou seja, dentro do escopo de atribuições da chefia.

É importante ressaltar que a introdução de esquemas de negociação permanente, que redundam na administração participativa, não substitui a negociação coletiva. Ainda restará uma ampla gama de problemas - a questão salarial, por exemplo - que só poderão ser solucionados em outras instâncias. Neste ponto, uma série de adaptações precisa ser realizada na legislação que regula as relações de trabalho do servidor público, principalmente nos que estão submetidos a regimes jurídicos do tipo estatutário. A começar pela própria admissão explícita, na Constituição Federal, da negociação coletiva no âmbito da administração pública direta, indireta e fundacional.

Finalmente, ainda resta a questão da introdução de novas formas de apreensão das demandas dos usuários. Neste sentido, e ainda a nível interno da unidade prestadora de serviços de saúde, poderiam ser implantados mecanismos de pesquisa de opinião, pelos quais os usuários externariam sua avaliação em relação a diversos aspectos relacionados com a qualidade do serviço. Em princípio, o mero conhecimento, por parte do usuário, de que sua opinião é importante para a forma de organização do serviço de saúde já é capaz, por si só, de lhe elevar o nível de satisfação. Do ponto de vista do serviço de saúde, e com muito mais ênfase para alguns setores, o "feedback" proporcionado pelas reações dos usuários pode ser importante instrumento para a reorganização do próprio processo de trabalho.

As modificações aqui sugeridas são certamente de difícil implantação, mas acarretam certamente grandes impactos sobre a gestão de recursos humanos, em particular, e sobre a qualidade da administração pública em geral. E apresentam uma vantagem adicional: por lidarem basicamente com informação e mudanças comportamentais, seus custos financeiros são quase desprezíveis. Trata-se, tão somente, de fornecer pequena quantidade de fermento a uma massa crítica que está pronta a se expandir. E, neste caso, o fermento atende pelo nome de vontade política.

ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL NO SERVIÇO PÚBLICO: ORDENAMENTO INSTITUCIONAL E JURÍDICO

Flávio Freitas Faria*

1-INTRODUÇÃO

O presente texto consiste em uma abordagem geral dos aspectos mais relevantes do ordenamento institucional e jurídico que rege a administração de pessoal no serviço público federal. O universo abrangido compreende não apenas os órgãos da administração direta mas também as autarquias e fundações públicas federais, uma vez que estas, por força de mandamento constitucional, passaram a partilhar o mesmo regime jurídico para os seus servidores.

Tendo presente a probabilidade de que o texto venha a ser utilizado por não especialistas em administração de pessoal, que também não terão necessariamente formação jurídica, julgamos necessário fazer com que a discussão específica do tema fosse precedida por uma seção dedicada a apresentar os princípios da Administração Pública. O primado da legalidade como fundamento de toda a ação na esfera pública, inclusive na administração de pessoal, é noção indispensável à compreensão dos limites de ação do administrador público.

Após a breve apresentação desses princípios, cujas conseqüências para a ação administrativa podem ser mais profundamente estudadas nos textos dos diversos autores citados ao longo da explanação, segue-se a seção em que se aborda especificamente o ordenamento institucional da administração de pessoal civil no serviço público federal. Este ordenamento, amparado na organização sistêmica que tem sido adotada para as atividades auxiliares nos últimos vinte e cinco anos, sofreu mudanças sucessivas no governo anterior e no início deste. A instabilidade do ordenamento institucional da administração de pessoal veio somar-se à alteração profunda no ordenamento jurídico, cuja unificação determinada pela Constituição concretizou-se através da Lei no 8112, de 11 de dezembro de 1990, em torno da qual é centrada a parte

* Assessor legislativo da Câmara dos Deputados

mais extensa deste trabalho.

Ao contrário de muitos outros países, a tradição brasileira acolhe Constituições longas e minuciosas. Este fato reflete-se na definição, a nível da Carta Magna vigente, de todos os aspectos de maior importância no ordenamento jurídico a que está submetido o servidor público. Assim, é a própria Constituição que define como o servidor será admitido, como será remunerado, em que condições pode ser demitido e em que termos e valores ele terá direito à aposentadoria e seus beneficiários à pensão. O nível de especificidade dos dispositivos constitucionais referentes à matéria conduziu à necessidade de destacá-los numa seção própria.

Segue-se então a seção de maior folêgo do trabalho, em que se procura condensar a estrutura do regime jurídico do servidor civil federal mantendo, tanto quanto possível, uma segmentação semelhante à da própria lei que o instituiu. Esta segmentação favorece também, caso haja algum interesse específico, a leitura isolada de um tópico, saltando os antecedentes sem grandes prejuízos à compreensão do conteúdo.

O texto é concluído por uma breve seção contendo alguns comentários finais sobre temas pertinentes à matéria que estão ainda pendentes de legislação.

2-PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A supremacia do interesse público sobre o particular, que é a característica própria da Administração Pública, exige seja esta fundada sobre princípios básicos que propiciem alcançar o necessário equilíbrio entre as prerrogativas da Administração e o direito dos administrados. Esses princípios informam as normas e as práticas administrativas, ainda que nem sempre sejam formalmente expressos, e conferem à Administração Pública, em qualquer esfera de governo e independentemente da pessoa do governante, uma racionalidade e unidade indispensáveis à continuidade dos serviços públicos.

Embora com pequenas variações, os mesmos princípios são reconhecidos por praticamente todos os autores que se dedicam ao estudo da Administração Pública e ao ramo do Direito que lhe é específico, ou seja, o Direito Administrativo. As divergências tornam-se mais evidentes quanto a quais sejam efetivamente os princípios básicos ou originários e quais aqueles que são derivados dos primeiros.

Não sendo pertinente numa abordagem introdutória aprofundar a discussão teórica quanto à origem e à hierarquia entre os princípios da Administração Pública, optamos por apresentá-los de forma que sejam, tanto quanto possível, desenvolvidos a partir dos quatro princípios enunciados no art. 37 da Carta Magna, quais sejam: de legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade. Entendemos que, ao fazê-lo, estamos respeitando a ênfase e o ordenamento que os constituintes julgaram mais adequados, sem prejuízo da validade dos demais princípios, quer estejam eles presentes em outros dispositivos constitucionais, quer sejam decorrências lógicas dos princípios básicos.

2.1. Princípio da legalidade

O princípio da legalidade vinculase indissociavelmente ao Estado de Direito, em

que o poder do Estado submete-se à lei. A Constituição consagra tal princípio no art. 5º, II, ao dispor que *"ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei"*. Fica assim a Administração Pública impedida de impor ou vedar uma conduta ao particular se não amparada por lei.

O efeito do princípio da legalidade não se esgota, contudo, em tal limitação, uma vez que a administração de bens ou interesses privados está também condicionada às vedações ou limitações legais. A diferença fundamental é que a administração privada é fundada na autonomia da vontade do administrador, sendo a lei apenas um limite para sua ação. Na Administração Pública, ao invés, a lei é o próprio fundamento da ação do Estado, cabendo ao agente público apenas dar à lei o necessário nível de concreção diante das circunstâncias.

É inevitável, a esse respeito, transcrever a síntese admirável do mestre Hely Lopes Meirelles, que pontifica (*in* Direito Administrativo Brasileiro. Ed. Revista dos Tribunais, São Paulo, 16ª edição, 1991, p.78):

"A eficácia de toda a atividade administrativa está condicionada ao atendimento à lei. Na Administração Pública não há liberdade nem vontade pessoal. Enquanto 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 subordinação da Administração Pública à lei não se resume apenas a não confrontá-la, mas, especificamente, a só poder agir quando antecipadamente autorizado por lei, nos seus exatos termos e em respeito à sua finalidade. A finalidade é, por sinal, um princípio que muitos consideram ínsito no princípio da legalidade, embora outros autores prefiram considerá-lo autônomo.

Além do princípio da finalidade, são também decorrentes ou, pelo menos, relacionados ao princípio da legalidade os seguintes princípios que a seguir abordaremos: o da discricionariedade, o da razoabilidade, o da proporcionalidade, o da motivação, o da presunção de legalidade e o da executoriedade.

2.1.1. Princípio da finalidade

Os atos da Administração Pública não estão condicionados apenas pelos aspectos formais e de competência estabelecidos em lei. É indispensável que sejam eles pautados pelo interesse público expresso especificamente na lei, atendendo à finalidade da mesma. Constitui burla à lei tomar seus aspectos formais como suporte para a prática de atos que contrariem sua finalidade.

O desrespeito ao princípio da finalidade é muitas vezes observado simultaneamente a violações do princípio da moralidade e da impessoalidade, quando o agente público pratica atos que, embora aparentemente respaldados na lei, tem o claro propósito de propiciar vantagens pessoais, para si ou para outrem, ou de prejudicar terceiros. O desvio de finalidade constitui-se, assim, em abuso de poder, invalidando o ato e sujeitando o agente às sanções cabíveis.

2.1.2. Princípio da discricionariedade

Não sendo factível prever e disciplinar de forma completa todas as hipóteses em que a Administração deve atuar de forma a atender o interesse público, a lei reserva ao agente público, em alguns casos, o poder de decidir, total ou parcialmente, o motivo e o objeto de seus atos. Este poder discricionário é, de qualquer modo, limitado, pois a Administração estará sempre subordinada ao que dispõe a lei quanto à competência para o exercício do ato, quanto à observância de sua correta finalidade e quanto à sua forma.

O ato administrativo que é amparado no princípio da discricionariedade quanto ao motivo e objeto é dito discricionário, enquanto que o ato em que também o motivo e o objeto são expressamente previstos em lei é dito vinculado.

2.1.3. Princípios da razoabilidade e da proporcionalidade

Ainda que no exercício da discricionariedade que lhe é conferida pela lei, a Administração Pública não poderá valer-se deste poder discricionário para praticar atos que fujam aos limites do que possa ser considerado razoável sob o prisma do senso comum. A intenção da lei, ao deferir ao agente público uma certa flexibilidade de ação, normalmente cognominada margem de discricção, é a de que ela seja usada de forma a adotar sempre, diante das circunstâncias específicas de cada situação, a solução mais adequada do ponto de vista do interesse público.

Em face disto, a valoração dos motivos e a escolha do objeto dos atos discricionários deve ter uma base racional própria. A oportunidade e a conveniência da ação administrativa são parâmetros aos quais a discricionariedade está atada.

O ato discricionário quando agride o princípio da razoabilidade produz efeitos não pretendidos pela lei, tornando-se assim inválido.

Dentro do princípio da razoabilidade está compreendido também o da proporcionalidade, que condiciona a abrangência e a intensidade da ação administrativa à proporção do que seja justificadamente necessário para o cumprimento da finalidade de interesse público que se pretenda alcançar.

2.1.4. Princípio da motivação

A submissão da Administração Pública à lei exige, para sua concretização, sejam expressamente identificados os fundamentos legais e racionais de cada ato por ela determinado. É através das razões e das leis tomadas como justificativa para a prática de um ato administrativo que os cidadãos terão condições de exercer seu direito político coletivo de fiscalização sobre os governantes, que em seu nome exercem o poder. É ainda pela expressão dos motivos que deram origem ao ato que o cidadão terá os elementos necessários para insurgir-se contra decisões arbitrárias, que o afetem pessoalmente ou a seus direitos e interesses.

A motivação do ato vinculado pode resumir-se à citação de seu fundamento legal. Já o ato discricionário deve ter, em sua motivação, os elementos que permitam aferir sua razoabilidade. Em ambos os casos é exigível que a Administração apresente a motivação, prévia ou contemporaneamente à edição do ato a que se refere. Evita-se assim o expediente viciado de, após impugnada sua conduta, venha a Administração a

apresentar razões ad hoc, apropriadamente escolhidas para rebater as acusações, e que podem ser diversas daquelas que efetivamente tenham originado o ato.

2.1.5. Princípio da presunção de legalidade, legitimidade e veracidade

Estando a Administração sujeita a ter na lei o próprio fundamento de sua ação, inclusive quanto à finalidade, e estando os graus de liberdade de sua ação discricionária limitados pelas exigências da razoabilidade e da motivação, tem ela, em contrapartida, o benefício da presunção de legalidade e legitimidade de seus atos e de veracidade dos fatos que tenham sido apresentados como motivação dos mesmos.

A fé pública dos atos da Administração prevalece até prova em contrário, cujo ônus recai em quem se insurge contra o ato.

2.1.6. Princípio da executoriedade

Importante consequência prática do princípio da presunção de legalidade, legitimidade e veracidade é a permissão legal de que a Administração via de regra é detentora para promover, por seus próprios meios, a execução dos seus atos administrativos. A possibilidade de obter prontamente o efeito de seus atos tem por objetivo conferir a desejada agilidade à Administração, dispensando-a de recorrer previamente ao Judiciário para comprovar a legalidade de seus atos, uma vez que a vontade da Administração é, até prova em contrário, a vontade da lei.

A executoriedade ou, como também é designada, a auto-executoriedade dos atos administrativos encontra ainda respaldo na reconhecida supremacia do interesse público sobre os interesses privados. Apenas em alguns casos, para atos que possam implicar em cerceamento dos direitos do administrado, a lei impõe também à Administração o recurso à via judiciária.

2.2. Princípio da impessoalidade

O segundo princípio enunciado no art. 37 da Constituição é o da impessoalidade, que se reflete tanto no sujeito como no objeto da ação administrativa.

Quanto ao objeto da ação, o princípio da impessoalidade proscree quaisquer atos que impliquem em tratamento diferenciado dos administrados quando para isto não houver explícito fundamento legal. São inadmissíveis, assim, quaisquer atos discriminatórios, cuja intenção ou consequência seja a de favorecer ou prejudicar alguém ou algum grupo específico.

Neste sentido, o princípio da impessoalidade conduz ao da finalidade, anteriormente mencionado. A eleição do interesse público como objetivo inafastável de todo ato administrativo, determinado pelo princípio da finalidade, é reforçado aqui pela vedação a favoritismos ou perseguições de qualquer espécie.

O segundo sentido do princípio da impessoalidade diz respeito ao sujeito do ato administrativo, que não é o agente público, mas sim o órgão ou entidade em nome do qual ele age, por estar legitimamente investido para tal. Este aspecto é retratado com muita propriedade por José Afonso da Silva (*in* Curso de Direito Constitucional Positivo. Ed. Revista dos Tribunais, São Paulo, 7a edição, 1991, p. 562), que diz sobre o

funcionário:

" Este é um mero agente da Administração Pública, de sorte que não é ele o autor institucional do ato. Ele é apenas o órgão que formalmente manifesta a vontade estatal."

A impessoalidade que caracteriza a Administração tem como conseqÜências importantes princípios derivados como o da responsabilidade, o da continuidade e o da descentralização.

2.2.1. Princípio da responsabilidade

Sendo a Administração Pública o sujeito dos atos praticados por seus agentes, a ela cabe responder por tais atos . Este princípio está expresso no art. 37, par. 60 da Constituição, que determina:

" Par. 6o As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa."

Verifica-se a amplitude da responsabilidade da Administração: não precisa quem tenha sido prejudicado provar que o agente procedeu com culpa ou dolo para ter o direito ao ressarcimento pelos danos causados; o ônus da prova neste sentido cabe à Administração no exercício de direito de regresso contra o agente.

2.2.2. Princípio da continuidade

A Administração Pública responde pelos atos praticados e pelos compromissos assumidos, ainda que os governantes e os agente públicos que na ocasião representaram o Estado não estejam mais investidos em suas funções. A alternância do Poder decorrente da troca de governantes não reduz nem modifica a responsabilidade da Administração.

Não é permitido ao agente público desconhecer os atos e compromissos firmados por seu antecessor. Poderá anulá-los, quando ilegais ou ilegítimos, ou então revogá-los quando não mais forem convenientes ao interesse público. Mas não poderá desconhecê-los.

A atividade da Administração não deve sofrer qualquer solução de continuidade com a mudança de titulares de cargos eletivos ou de chefia, uma vez que é pautada exclusivamente pela lei. A continuidade do serviço público está associada à indisponibilidade do interesse público pela Administração.

2.2.3. Princípio da descentralização

A complexidade das ações a cargo da Administração Pública e a imensa extensão territorial do país exige seja feita uma adequada repartição de competências dentro da máquina administrativa, sem prejuízo da responsabilidade do Estado antes mencionada.

Nas palavras de Diogo de Figueiredo Moreira Neto (*in* Curso de Direito

Administrativo. Ed. Forense, Rio de Janeiro, 9a edição, 1990, p.75) , " *o poder do Estado, embora politicamente nele concentrado , se reparte juridicamente entre diversas entidades e órgãos de criação constitucional e legal, atuando, em conseqüência, sob diferentes pressupostos de competência, que são as quotas e modalidades de poder a eles atribuídas*".

Pode ser considerado como decorrente da descentralização, embora formalmente considerado autônomo na própria Constituição, o princípio da separação orgânica dos Poderes do Estado.

A descentralização informará ainda a divisão territorial administrativa, a desconcentração burocrática (delegação de competências a órgãos) e a desconcentração funcional (delegação de competências a entidades autárquicas ou fundacionais), e a delegação a concessionários ou permissionários de serviços públicos.

Na organização das funções do Estado, o princípio da descentralização desdobra-se nos princípios da hierarquia e da disciplina.

A especialização dos órgãos que integram a Administração Pública restringe a atuação dos mesmos aos exatos limites da competência que lhes é atribuída. Não podem exorbitar da mesma para praticar atos com outras finalidades, ainda que de interesse público, diversas das de sua especialização.

O princípio da hierarquia, presente em toda a Administração Pública, e particularmente enfatizado em suas organizações militares, leva à definição da subordinação dos órgãos entre si. É através da hierarquia que se coordenam os esforços da Administração Pública, articulando-se suas atividades de modo a atender da melhor forma possível ao interesse público.

Indissociado do princípio da hierarquia caminha o princípio da disciplina, necessário à preservação da ordem interna da Administração Pública. O princípio da disciplina permite a imposição de sanções disciplinares, sem prévia apreciação do Poder Judiciário, mas respeitando o direito a ampla defesa e desde que presentes as circunstâncias previstas em lei e atendidas as formalidades processuais nela estabelecidas.

2.3. Princípio da moralidade

A moralidade administrativa é requisito de validade de qualquer ato praticado no âmbito da Administração.

A moralidade administrativa não é questão meramente subjetiva. Ela é objetivada pela finalidade do ato e pelos meios utilizados para sua consecução. O ato determinado por fins imorais ou desonestos, ainda que formalmente revestido de legalidade, é passível de anulação.

O ato administrativo não pode ser pautado pelo interesse privado de quem o pratica, ou de alguém que deseje beneficiar. Não pode tampouco ser direcionado à criação de obstáculos ao exercício de legítimos direitos por parte dos cidadãos em geral, ou de alguém em particular, o que configuraria a perseguição, inadmissível no serviço público.

A moralidade administrativa condena igualmente a utilização de meios ilegítimos, aí compreendida a prática pelo agente público de atos para os quais não tem a necessária competência, invadindo, por isso, esfera de atuação de terceiros. A moralidade

administrativa tem seu conteúdo jurídico muitas vezes especificado em regras explícitas, como no caso dos procedimentos de licitação. Descumpri-las, ainda que sem propósitos desonestos, é também comprometer a moralidade administrativa.

A improbidade administrativa, caso particular e importante de violação da moralidade administrativa, caracteriza-se pelo uso dos recursos públicos em proveito próprio ou de alguém a quem se queira beneficiar e importa, nos termos do art. 37, par. 4o, da Constituição, em suspensão dos direitos políticos, perda da função pública, indisponibilidade dos bens e ressarcimento ao erário, na forma estabelecida em lei, sem prejuízo da ação penal cabível. Ressalte-se que, por força do par. 5o do mesmo artigo, a ação de ressarcimento não prescreve, sendo os prazos de prescrição que a lei fixar aplicáveis apenas às demais sanções.

2.4. Princípio da publicidade

A publicidade dos atos administrativos é requisito indispensável para que os mesmos produzam seus efeitos. É através da publicidade dos atos que os administrados tomam conhecimento da ação dos governantes, seja no sentido de saber como foram afetados seus interesses particulares, quando for o caso, ou apenas no exercício da cidadania - para verificar a legalidade dos atos, que lhes permita impugná-los em juízo quando ilegais, - ou meramente para julgar da conveniência e oportunidade dos mesmos, que lhes permita formar seu próprio juízo de valor sobre o desempenho dos governantes.

A Administração Pública tem a obrigação de providenciar a publicidade de seus atos, o que nem sempre implica em publicação impressa dos mesmos. A afixação em quadros expostos em locais públicos ou de livre acesso é muitas vezes suficiente para determinadas finalidades. Em qualquer caso, o cidadão tem direito a receber as informações que deseje, nos termos do art. 5o, XXXIII, da Constituição, que dispõe:

" Art. 5o

XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado".

A conjugação do princípio da publicidade com o já anteriormente discutido princípio da impessoalidade determina o caráter obrigatoriamente impessoal da publicidade dos atos públicos. Esta determinação está expressa no art 37, par. 1o, da Constituição, que estabelece:

"Par. 1o A publicidade dos atos, programas, obras, serviços e campanhas dos órgãos públicos deverá ter caráter educativo, informativo ou de orientação social, dela não podendo constar nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos".

3 ORDENAMENTO INSTITUCIONAL DA ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

A administração de pessoal é uma atividade-meio no serviço público. Sua missão compreende: o recrutamento e seleção de servidores, mediante a realização de concursos públicos; o cadastro de servidores e a manutenção de seus assentamentos funcionais individuais; o controle da lotação autorizada; a concessão das vantagens e benefícios previstos em lei; a classificação e retribuição dos cargos incluindo a elaboração da folha de pagamento dos servidores ativos e inativos; a concessão de aposentadorias e pensões; a coordenação das atividades de aperfeiçoamento dos servidores e outros assuntos referentes à relação entre o servidor e o órgão a que está vinculado.

Sendo uma atividade comum a todos os órgãos e entidades da administração pública direta, autárquica e fundacional, as tarefas executadas pelos respectivos órgãos de pessoal são basicamente semelhantes, em que pesem as diferenças relativas à especialização dos servidores e às funções por eles desempenhadas. Por este motivo, o ordenamento institucional da administração de pessoal no serviço público federal tem uma estruturação sistêmica, cujos propósitos são os de maximizar a utilidade dos recursos humanos existentes e assegurar o maior nível possível de coerência entre as ações e decisões tomadas por cada um de seus componentes.

A organização sob a forma de sistema das atividades auxiliares, como é a de administração de pessoal, foi formalizada a partir da edição do Decreto-Lei no 200, de 25 de fevereiro de 1967, que "dispõe sobre a organização da administração federal, estabelece diretrizes para a reforma administrativa dá outras providências". O art. 30 deste diploma legal inclui explicitamente as atividades de pessoal dentre aquelas a serem estruturadas sob a forma de sistema. O parágrafo 1º do mesmo dispositivo estabelece que os serviços incumbidos do exercício dessas atividades ficam integrados no sistema respectivo e, conseqüentemente, sujeitos à orientação normativa, à supervisão técnica e à fiscalização específica de um órgão central do sistema, sem prejuízo da subordinação ao órgão em cuja estrutura administrativa estiverem integrados.

Tal concepção, inovadora para a época, foi longamente debatida e demorou a ser aceita por uma burocracia que tendia a reagir à mudança, enxergando a ação do órgão central como intromissão conflitante com o princípio da hierarquia. Embora nem todas as resistências tenham sido totalmente superadas, hoje já se tem uma avaliação de que o saldo da implantação dos sistemas na administração pública federal foi, sem dúvida, positivo.

3.1. O Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal

O Decreto-Lei no 200, de 1967, em seu art. 31, previa que a estruturação dos sistemas e a subordinação dos respectivos órgãos centrais seriam estabelecidas por decreto. No caso de nosso interesse específico, o Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC foi instituído pelo Decreto no 67.326, de 05 de outubro de 1970. Integravam o SIPEC, desde então, todas as unidades organizacionais, de qualquer grau, incumbidas especificamente das atividades de administração de pessoal da administração direta e das autarquias.

Em decorrência da inclusão do pessoal das fundações públicas federais no mesmo regime dos servidores da administração direta e das autarquias, determinada pelo

art. 39 da Constituição, e efetivada pela edição da Lei no 8112, de 11 de dezembro de 1990, que instituiu este regime, o SIPEC passou a compreender também as unidades de pessoal das fundações públicas.

À época em que o SIPEC foi criado, tinha por órgão central o Departamento Administrativo do Pessoal Civil - DASP. Com a extinção do DASP, sucedido que foi pela Secretaria de Administração Pública da Presidência da República - SEDAP, o SIPEC passou a tê-la como órgão central, nos termos do Decreto no 93.215, de 03 de setembro de 1986, sendo órgãos setoriais os departamentos, divisões e outras unidades específicas de pessoal civil dos Ministérios e dos órgãos da Presidência da República, de maior hierarquia na respectiva área administrativa. O sistema completava-se pelos órgãos seccionais, que eram os departamentos, divisões ou outras unidades específicas de pessoal das autarquias e órgãos autônomos, admitida ainda a existência de unidades regionais e subunidades seccionais, quando necessárias.

Com a extinção da SEDAP, em 1989, e a absorção de suas atividades pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República - SEPLAN, esta passou a desempenhar o papel de órgão central do SIPEC.

3.2. Ordenamento institucional atual

Com a reforma administrativa efetuada a partir de março de 1990, as estruturas básicas dos Ministérios civis foram uniformizadas, notadamente no que diz respeito aos órgãos comuns. Dentre estes, todos os Ministérios civis passaram a contar com uma Secretaria de Administração Geral, instituídas pelo art. 21 da Lei no 8028, de 12 de abril de 1990, e que, nos termos do art. 80 do Decreto no 92.444, de 10 de maio de 1990, tornaram-se os órgãos setoriais do Sistema de Pessoal Civil, dentre outros. Nesta condição, receberam as competências para:

- formular a política de recursos humanos do Ministério, mediante planos de recrutamento e seleção e de desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional;
- orientar e coordenar, no âmbito do Ministério, a execução das políticas de recursos humanos, de assistência e de medicina social, observada a legislação pertinente;
- promover o levantamento e análise das necessidades de recursos humanos dos órgãos do Ministério.

Para o desempenho de suas funções, cada Secretaria de Administração Geral foi dotada de uma Coordenação de Recursos Humanos. Na prática, tais Coordenações são as sucessoras dos extintos Departamentos de Pessoal dos Ministérios em suas funções de execução.

A Secretaria da Administração Federal - SAF, órgão de assistência direta e imediata ao Presidente da República, criada também pela Lei no 8028, de 1990, recebeu, pelo art. 15 da mesma, a competência para realizar estudos, formular diretrizes, orientar normativamente, planejar, coordenar, supervisionar e controlar os assuntos referentes ao pessoal civil da administração pública federal direta, indireta e fundacional.

A identificação formal da SAF como novo órgão central do SIPEC veio a ser feita no art. 58, parágrafo único do já referido Decreto no 92.444, de 1990, que "dispõe sobre a organização e funcionamento dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências". No art. 61 do mesmo Decreto são atribuídas ao Departamento de Recursos Humanos da Secretaria da Administração Federal DRH/SAF

as competências para planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades relativas à integração sistêmica e ao desenvolvimento de recursos humanos. Por último cabe citar o Decreto no 99.606, de 13 de outubro de 1990, que aprovou a estrutura regimental da SAF e que, em seu art. 8o, estabelece ser o DRH/SAF a unidade gestora do SIPEC.

No exercício de tal atribuição, o Departamento de Recursos Humanos da SAF, após a edição da Lei no 8112, de 11 de dezembro de 1990, que instituiu o novo regime jurídico dos servidores civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, passou a expedir orientações normativas sobre o assunto, com o intuito de, rapidamente, superar as principais dúvidas de interpretação sobre o novo regime, no âmbito do Poder Executivo. Foram publicadas 115 orientações normativas no Diário Oficial da União, entre 20 de dezembro de 1990 e 27 de maio de 1991.

Encerrada esta etapa de sua ação, o DRH/SAF prossegue em suas atividades de caráter permanente, dentre elas a de elaboração de pareceres sobre questões de pessoal, os quais, uma vez aprovados pelo Secretário da Administração Federal, passam a ter caráter normativo para os órgãos setoriais e seccionais do SIPEC.

Uma última menção a ser feita com respeito ao ordenamento institucional da administração de pessoal no serviço público federal refere-se ao papel desempenhado pelo Tribunal de Contas da União. Dentre suas funções constitucionais, como órgão auxiliar do controle externo exercido pelo Congresso Nacional, cabe ao Tribunal de Contas da União (Constituição Federal, art. 71), dentre outras incumbências as de: *"apreciar, para fins de registro, a legalidade dos atos de admissão de pessoal, a qualquer título, na administração direta e indireta, incluídas as fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público, excetuadas as nomeações para cargo de provimento em comissão, bem como a das concessões de aposentadorias, reformas e pensões, ressalvadas as melhorias posteriores que não alterem o fundamento legal do ato concessório"*.

Exerce-se assim, naquela Corte, a verificação da legalidade dos principais atos administrativos referentes à gestão de pessoal no serviço público federal, sem prejuízo da prévia atuação, no mesmo sentido, dos respectivos órgãos de controle interno.

4-DISPOSITIVOS CONSTITUCIONAIS REFERENTES AOS SERVIDORES CIVIS

Em atenção ao princípio de auto-organização dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o art. 39 da Constituição Federal remete a eles a responsabilidade de instituírem, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores civis da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas. Em conseqüência, a Lei no 8112, de 11 de dezembro de 1990, que dispôs sobre o regime dos servidores civis federais não tem formalmente qualquer efeito sobre os servidores de outras esferas de governo.

Cabe observar, contudo, ocorrer com freqüência, na prática, ser a legislação estadual ou municipal predominantemente pautada pela legislação federal sobre a matéria. Isto quando não ocorre o caso extremo de adoção pura e simples da norma federal, como fez, por exemplo, o Distrito Federal, determinando em lei ser o estatuto federal válido também para seus servidores.

No entanto, em diversos Estados e em muitos Municípios, notadamente nos das capitais, já existe uma efetiva capacidade legislativa e uma visão própria quanto a

aspectos do regime jurídico dos servidores cuja diferenciação é desejável no sentido de atender peculiaridades locais. Neste caso, os legisladores estarão sempre condicionados a observar os dispositivos referentes aos servidores contidos na Constituição Federal, na respectiva Constituição Estadual e, em se tratando de Município, na sua própria Lei Orgânica.

De forma similar, a nível federal, os dispositivos constitucionais são de tal sorte detalhados que, na verdade, já determinam todas as questões fundamentais pertinentes ao regime dos servidores. A esse respeito, Diogo de Figueiredo Moreira Neto (in Curso de Direito Administrativo. Ed. Forense, Rio de Janeiro, 9a edição, 1990, p.232) comenta sobre os princípios constitucionais dos servidores públicos:

"Neste particular, a Carta de 1988 é ainda das mais analíticas do mundo, sendo o caso de meditar-se se nosso regime estatutário é mais constitucional que legal e se esta opção se tem mostrado satisfatória".

Assim, vários dos dispositivos da Lei no 8112, de 1990, ao reproduzirem as determinações de ordem constitucional pertinentes à matéria, encontram-se fora do alcance do legislador ordinário, que não poderá alterar o teor dos mesmos, exceto se em decorrência de Emenda Constitucional. Por esta razão, convém destacar aqui quais são esses pontos, verdadeiras pedras angulares sobre as quais se erige a estrutura legal afeta ao regime dos servidores civis.

4.1. Direitos sociais

De imediato, merece atenção o fato dos constituintes terem, por meio do art. 39, par. 2o, da Carta Magna, estendido aos servidores civis a maior parte dos direitos sociais dos trabalhadores em geral, elencados no art. 7o da Constituição. Não foram abrangidos nesta extensão os incisos correspondentes a direitos que tornam-se desnecessários em se considerando a estabilidade no cargo conferida ao servidor - tal é o caso da indenização por despedida arbitrária, do seguro-desemprego, do fundo de garantia do tempo de serviço e do aviso prévio. Também não foram incluídos na extensão direitos que a Constituição outorga de forma específica e mais completa aos servidores públicos, como a aposentadoria e a não discriminação do portador de deficiência, e outros que são exclusivamente aplicáveis à atividade privada, como a participação nos lucros.

Os direitos sociais aplicáveis aos servidores civis, referidos à numeração dos incisos do art. 7o da Constituição são:

- IV - salário-mínimo;
- VI - irredutibilidade de salário;
- VII - garantia de salário não inferior ao mínimo para os que recebem remuneração variável;
- VIII - décimo-terceiro salário;
- IX - remuneração do trabalho noturno superior à do diurno;
- XII - salário-família;
- XIII - duração de trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais;
- XV - repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos;

XVI - remuneração de serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinquenta por cento à do normal;

XVII - gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal;

XVIII - licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias;

XIX - licença-paternidade, nos termos fixados em lei (de cinco dias, enquanto não houver lei específica, por força do art. 10, par. 1o, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias);

XX - proteção do mercado de trabalho da mulher;

XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;

XXIII - adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei;

XXX - proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil.

Todas essas determinações, como pode ser constatado, foram refletidas no texto da Lei no 8112, de 1990, que instituiu o regime jurídico dos servidores civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

4.2. Aposentadoria e pensão

A estes mesmos servidores, a Constituição, em seu art. 40, proporciona aposentadoria nas seguintes condições:

I - por invalidez permanente, sendo os proventos integrais quando decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificada em lei, e proporcionais nos demais casos;

II - compulsoriamente, aos setenta anos de idade, com proventos proporcionais ao tempo de serviço;

III - voluntariamente:

a) aos trinta e cinco anos de serviço, se homem, e aos trinta se mulher, com proventos integrais;

b) aos trinta anos de efetivo exercício em funções de magistério, se professor, e vinte e cinco se professora, com proventos integrais;

c) aos trinta anos de serviço, se homem, e aos vinte e cinco anos se mulher, com proventos proporcionais a esse tempo;

d) aos sessenta e cinco anos de idade, se homem, e aos sessenta se mulher, com proventos proporcionais ao tempo de serviço".

Admite ainda a Constituição (art. 40, par. 1o) possam ser estabelecidas exceções, mediante lei complementar, aos tempos exigidos para aposentadoria voluntária, nos casos das alíneas 'a' e 'c', acima, quando o cargo do servidor lhe impuser o exercício de atividades consideradas penosas, insalubres ou perigosas. As regras para a aposentadoria em cargos ou empregos temporários são igualmente remetidas para lei ordinária

específica.

Na contagem do tempo de serviço a Constituição (art. 40, par. 3o) determina sejam computados integralmente os tempos de serviço público federal, estadual ou municipal. Este dispositivo tem seu sentido complementado pelo art. 202, par. 2o, da própria Carta, que dispõe:

"Par. 2o Para efeito de aposentadoria, é assegurada a contagem recíproca de tempo de contribuição na administração pública e na atividade privada, rural e urbana, hipótese em que os sistemas de previdência social se compensarão financeiramente, segundo critérios estabelecidos em lei".

Não são mais admissíveis, portanto, exigências de tempo mínimo no serviço público e, muito menos, no serviço público federal. O tempo de serviço é computado de um sistema de previdência para outro sem qualquer restrição.

O constituinte preocupou-se também em assegurar a preservação do valor real da aposentadoria, evitando continuasse sendo possível o expediente através do qual os governantes, ao concederem benefícios especificamente aos servidores em atividade em lugar de reajustes gerais, faziam com que se deteriorasse, via inflação, o poder de compra dos proventos da aposentadoria, logrando com isso reduzir o peso da folha de servidores inativos. Para impedir tal procedimento a Constituição determina (art. 40, par. 4o) que os proventos da aposentadoria sejam revistos na mesma proporção e na mesma data, sempre que se modificar a remuneração dos servidores em atividade, inclusive quando isto ocorrer em consequência de benefícios ou vantagens posteriormente concedidos aos servidores em atividade, bem assim quando resultar de transformação ou reclassificação do cargo em que tenha se dado a aposentadoria.

Com respeito às pensões, a Constituição (art. 40, par. 5o) faz aplicar a mesma regra de revisão, incidente sobre o benefício original correspondente à totalidade dos vencimentos ou proventos do servidor falecido, até o limite estabelecido em lei. No caso do servidor federal, o único limite que a lei impõe é o teto correspondente à remuneração de Ministros de Estado, de Deputados e Senadores, e de Ministros do Supremo Tribunal Federal, no âmbito dos respectivos Poderes.

4.3. Estabilidade

A Carta assegura também, em seu art. 41, a estabilidade ao servidor público da administração direta, das autarquias e das fundações públicas, que tenham sido nomeados em virtude de concurso público, após dois anos de efetivo exercício. Sendo estável, o servidor público só perde o cargo por sentença judicial transitada em julgado ou mediante processo administrativo em que lhe seja assegurada ampla defesa. Ocorrendo a invalidação da demissão do servidor estável, por força de sentença judicial, ele será reintegrado ao cargo e o eventual ocupante de sua vaga será reconduzido ao cargo de origem, sem direito à indenização, aproveitado em outro cargo ou posto em disponibilidade.

Em caso de extinção do cargo ocupado por servidor estável, ou sendo declarada a desnecessidade do mesmo, o servidor ficará em disponibilidade remunerada, até seu

adequado aproveitamento em outro cargo.

Além da estabilidade adquirida pelos servidores que, tendo ingressado por concurso, venham a completar dois anos de efetivo exercício, a Carta Magna concedeu, através do art. 19 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, estabilidade aos servidores públicos civis da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da administração direta, das autarquias e das fundações públicas que estivessem em exercício, na data de sua promulgação, há pelo menos cinco anos continuados. Embora estáveis no serviço público, tais servidores permanecem dependendo de concurso público para fins de efetivação nos cargos, devendo a lei estabelecer a contagem do tempo de serviço como título. Foram expressamente excluídos desta estabilidade, pelo par. 2o do mesmo dispositivo, os ocupantes de cargos, funções e empregos de confiança ou em comissão, e os que a lei declare de livre exoneração.

4.4. Obrigatoriedade de concurso, remuneração e vedação à acumulação

É importante ressaltar que os dispositivos constitucionais até aqui citados nesta seção aplicam-se aos servidores da administração direta, das autarquias e das fundações públicas em todas as esferas de governo. Os servidores das empresas públicas e das sociedades de economia mista não pertencem ao mesmo universo legal, não sendo submetidos ao regime jurídico único cuja instituição na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios é prevista, pelo art. 39 da Constituição, no âmbito das competências respectivas.

Ao contrário, a própria Carta determina, em seu art. 173, par. 1o, sejam as empresas públicas, as sociedades de economia mista e outras entidades que explorem atividade econômica sujeitas ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto às obrigações trabalhistas e tributárias. Em consequência, os servidores dessas empresas estatais são na verdade empregados, cujas condições de trabalho não são definidas por um estatuto, mas sim por seu contrato de trabalho, celebrado conforme o disposto na legislação trabalhista. Nessas condições, aos empregados dessas empresas são assegurados não apenas os direitos sociais aplicáveis aos servidores públicos por força do art. 39, par. 2o, da Constituição, mas sim todos os direitos dos trabalhadores elencados nos incisos do art. 7o.

Apesar desta diferença, os empregados das empresas públicas e das sociedades de economia mista são alcançados, juntamente com os servidores dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de suas autarquias e fundações públicas, por vários incisos e parágrafos do art. 37, que tratam indistintamente da administração pública direta, indireta e fundacional. Assim, entendem-se como aplicáveis a ambos os gêneros de servidores:

- a obrigatoriedade de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos para a investidura em cargo ou emprego público, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração, implicando a não observância de tal preceito em nulidade do ato e em punição da autoridade responsável, nos termos da lei;

- garantia de livre associação sindical e direito de greve nos termos e limites definidos em lei complementar;

- reserva de percentual definido por lei de cargos e empregos públicos para as

pessoas portadoras de deficiência;

- fixação por lei da relação entre a maior e a menor remuneração dos servidores públicos, observados, como limites máximos no âmbito dos respectivos Poderes, os valores percebidos como remuneração, em espécie, a qualquer título, por membros do Congresso Nacional, Ministros de Estado e Ministros do Supremo Tribunal Federal e seus correspondentes nos Estados, no Distrito Federal e nos Territórios, e, nos Municípios, os valores percebidos como remuneração, em espécie, pelo Prefeito;

- vedação à acumulação remunerada de cargos públicos, estendida a empregos e funções, abrangendo autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações mantidas pelo Poder Público, admitindo-se exceção, em havendo compatibilidade de horários, para dois cargos de professor, um cargo de professor com outro técnico ou científico e de dois cargos privativos de médico (extensivo ainda, em decorrência do art. 17, parágrafos 1º e 2º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, aos médicos militares e profissionais de saúde que estivessem em exercício de dois cargos à época da promulgação da Constituição).

Os outros incisos ou parágrafos do art. 37 da Constituição, por serem estritamente referentes a cargos ou por impossibilidade de conciliação com outros dispositivos constitucionais, têm sua aplicação restrita aos servidores civis submetidos ao regime jurídico estatutário. É o caso da revisão geral da remuneração dos servidores públicos, a ser feita sempre na mesma data, sem distinção de índices entre servidores públicos civis e militares, não sendo tal revisão aplicável aos empregados de empresas estatais que, por serem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, conforme comentado, têm suas revisões salariais efetuadas por ocasião das respectivas datas-base.

De forma semelhante, a irredutibilidade de vencimentos, que é absoluta para os servidores civis e militares, admite, para os empregados de empresas estatais, exceção mediante convenção ou acordo coletivo.

5 - REGIME JURÍDICO DO SERVIDOR CIVIL FEDERAL

O regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais é o definido pela Lei no 8112, de 11 de dezembro de 1990. Esta lei veio atender, na esfera federal, a exigência de implantação de um único regime para os servidores civis, contida no art. 39 da Constituição Federal.

Na verdade, a Lei foi decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República quando já se encontrava esgotado o prazo de dezoito meses, previsto para sua edição no art. 24 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Este atraso evidentemente não prejudica a validade da lei, nem diminui sua importância. Serve, ao contrário, para demonstrar a dificuldade que os legisladores tiveram para elaborar e votar matéria tão extensa e complexa.

Cabe registrar que o texto votado sofreu diversos vetos parciais do Presidente da República, alguns dos quais foram posteriormente derrubados pelo Congresso Nacional. As partes que haviam sido vetadas mas foram mantidas pelo Legislativo foram promulgadas, nos termos do par. 7º do art. 66 da Constituição Federal, pelo Presidente do Senado Federal, em 18 de abril de 1991, passando a vigorar a partir de sua publicação, no dia subsequente. Tais partes serão destacadas na apreciação do texto que se fará a seguir, sempre que tal destaque seja relevante à interpretação dos dispositivos da Lei.

É importante também assinalar que, embora a Lei no 8112, de 1990, não se auto denomine formalmente como Estatuto do Servidor, ela o é de fato. O regime jurídico do servidor caracteriza-se pela unilateralidade. Inexiste o contrato, típico do regime trabalhista e que, por ser um acordo de vontades, define a natureza bilateral daquele regime. Um estatuto, segundo José Cretella Júnior (in Dicionário de Direito Administrativo. Rio de Janeiro, Ed. Forense, 3a Edição, 1978, p. 235) nada mais é do que um "*conjunto de prescrições certas e estáveis que têm por objetivo assegurar de forma positiva os direitos e deveres dos funcionários*".

Equivoca-se, assim, quem diz não mais existir um "estatuto" do servidor, apegando-se apenas à ementa da Lei no 8112, de 1990, e desconsiderando o seu real conteúdo. O regime jurídico por ela instituído é unilateral, é estatutário e é fundamentado na Constituição e na tradição do serviço público brasileiro.

A existência legal de um só regime significa que todos os servidores da Administração direta, de todos os Poderes da União, bem como os servidores das autarquias e das fundações públicas federais estão sujeitos às mesmas condições de provimento de cargos, aos mesmos direitos e vantagens, inclusive no que se refere à seguridade social, e ao mesmo regime disciplinar. Isto não impede a existência presente ou futura de carreiras diversificadas, em função da necessária especialização da Administração Pública.

5.1. Servidores alcançados pelo regime jurídico

O regime jurídico instituído pela Lei no 8112, de 1990, doravante denominada simplesmente RJU, alcança todos os servidores públicos civis dos Poderes da União, das autarquias, inclusive as em regime especial e das fundações públicas federais. Não estão submetidos a esse regime os empregados de empresas públicas e de sociedades de economia mista, que são contratados na forma da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, por força do disposto no art. 173, par. 1o, da Constituição.

A única exceção a esta regra de enquadramento, ainda que temporária, é a imposta pelo art. 251 do RJU, que exclui do regime os servidores do Banco Central do Brasil, até a edição de lei complementar regulando o sistema financeiro nacional. Esta exclusão afigura-se injustificada, pois a lei complementar em questão disporá sobre a organização, o funcionamento e as atribuições do banco central, nos termos do art. 192, IV, da Constituição Federal, não interferindo no regime a que estarão submetidos seus servidores.

A Lei no 8112, de 1990, impôs o novo regime jurídico, tanto aos servidores da Administração direta e indireta regidos pelo antigo Estatuto da Lei no 1711, de 28 de outubro de 1952, como aos que até então eram contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. Neste último caso, por força do art. 243, par. 1o, do RJU, os empregos ocupados pelos servidores ficaram transformados em cargos. Tal regra não se fazia aplicar, contudo, aos contratos por prazo determinado que se extinguíam nos vencimentos dos mesmos, nem aos empregos dos servidores estrangeiros com estabilidade no serviço público que passaram a integrar tabela em extinção (art. 243, par. 6o, do RJU).

Com a implantação do regime único deixou de ter sentido a nomenclatura até então adotada distinguindo o funcionário público - aquele ocupante de cargo público

cujo regime era o estatutário, do empregado - aquele detentor de emprego cujo regime era o celetista. A redação da Lei no 8112, de 1990, foi feita tendo sempre por referência a figura do servidor, assim entendido todo aquele legalmente investido em cargo público.

Assim, só pode ser caracterizada a condição de servidor da Administração direta, das autarquias e das fundações públicas federais se pré-existente o cargo a ser ocupado, criado por lei, com denominação própria e vencimento pago pelos cofres públicos (art. 3o, parágrafo único, do RJU).

As pessoas contratadas para atender a necessidades temporárias de excepcional interesse público, na forma prevista no art. 37, IX, da Constituição, não são legalmente servidores. Surpreende, portanto, tenha o legislador incluído na Lei no 8112, de 1990, dispositivos (arts. 232 a 235) que disciplinam tal contratação. Trata-se, sem dúvida, de matéria estranha ao regime jurídico do servidor e que, muito provavelmente, virá a ter uma disciplina própria melhor estabelecida em lei específica.

A remuneração pelos cofres públicos é também elemento integrante da caracterização do cargo público. A prestação de serviços gratuitos como ocorre, por exemplo, durante as eleições qualifica o cidadão como agente público, naquela ocasião e para aquela finalidade determinada, não o fazendo, contudo, servidor ou ocupante de cargo público.

5.2. Provimento, exercício e vacância dos cargos públicos

Os atos através dos quais as autoridades competentes determinam a ocupação de um determinado cargo público por um cidadão são chamados de atos de provimento (RJU, art. 6o). A Lei no 8112, de 1990, prevê nove formas diferentes de provimento, cada uma das quais característica de uma dada situação e condicionada por determinadas exigências legais.

A nomeação é a forma básica de provimento de cargos na Administração Pública. Qualquer brasileiro, maior de idade, no gozo de seus direitos políticos e quite com suas obrigações militares e eleitorais pode vir a ser nomeado para ocupar cargos públicos.

Quanto à forma de provimento, os cargos podem ser de dois tipos. Para os cargos de carreira ou para os cargos isolados de provimento efetivo, a nomeação é feita em caráter efetivo, recaindo obrigatoriamente em pessoa apta física e mentalmente, que comprove o nível de escolaridade exigido para o exercício do cargo e tenha sido previamente aprovada em concurso de provas ou de provas e títulos, obedecidos a ordem de classificação e o prazo de validade do concurso. Para os cargos de confiança, a nomeação é feita em comissão, por livre escolha da autoridade competente para a nomeação, sendo igualmente livre a exoneração a qualquer momento, independentemente de motivo.

Para os servidores habilitados em concurso público e nomeados para cargo de provimento efetivo, a lei assegura, em decorrência de dispositivo constitucional (art. 41), estabilidade após dois anos de efetivo exercício. O art. 22 do RJU, reproduz a determinação contida no art. 41, par. 1o, da Constituição de que servidor estável só perderá o cargo em virtude de sentença judicial transitada em julgado ou de processo administrativo disciplinar no qual lhe seja assegurada ampla defesa.

Até que se complete o período de dois anos, o servidor nomeado para cargo de provimento efetivo permanece em estágio probatório, durante o qual sua aptidão e capacidade para o desempenho do cargo serão objeto de avaliação (RJU, art. 20), considerando-se os fatores: assiduidade, disciplina, iniciativa, produtividade e responsabilidade.

Quando não aprovado no estágio probatório o servidor deve ser exonerado. A única exceção ocorre quando se trata de servidor que já tenha adquirido estabilidade em outro cargo anteriormente ocupado; neste caso o servidor é reconduzido ao cargo original ou, estando este provido por outro servidor, aproveitado em cargo de atribuições e vencimentos compatíveis.

Os cargos de provimento efetivo, em sua maior parte, são ou deverão vir a ser organizados em carreiras. Nas carreiras, os cargos são escalonados em classes e padrões, aos quais correspondem atribuições de responsabilidade crescente e vencimentos sucessivamente mais elevados. Assim, a partir de um provimento originário por nomeação no primeiro padrão de sua classe inicial, decorrente de aprovação em concurso público, o servidor tem a perspectiva de ascender na carreira mediante promoção, que é uma forma de provimento derivado, conseqüência que é da nomeação primeira.

Os critérios para promoção normalmente são os de antiguidade e de mérito, conforme dispuser a lei da carreira respectiva.

Existe uma segunda forma de provimento derivado associado à carreira, que é a ascensão. Esta ocorre quando uma carreira compreende cargos de diferentes níveis de escolaridade; permite-se então que um servidor ocupante de cargo de determinado nível possa ascender a cargos de nível mais elevado, desde que possua a escolaridade exigida para tal e atenda outras condições exigidas em lei específica.

No entanto, é necessário registrar que a validade constitucional do provimento de cargo público por ascensão tem sido contestada recentemente, sob o argumento de que o concurso prestado para um determinado nível qualifica o cidadão apenas para ocupar cargos do mesmo nível, não podendo ser considerado extensivamente válido para cargos de nível de escolaridade mais elevado. A constitucionalidade do provimento por ascensão ainda está sob exame do Supremo Tribunal Federal.

Além da promoção e da ascensão, que estão vinculadas ao desenvolvimento do servidor na carreira (art. 10, parágrafo único, do RJU), outras formas de provimento de cargos públicos são previstas para casos específicos, sendo todas derivadas, isto é, posteriores a um provimento originário por nomeação. São elas: a transferência, a readaptação, a reversão, o aproveitamento, a reintegração e a recondução.

A transferência (RJU, art. 23) é a passagem de servidor estável de um cargo efetivo para outro de igual denominação. A transferência é condicionada à existência de cargo vago no órgão ou entidade para o qual o servidor é transferido e pode ser efetuada de ofício ou a pedido do servidor, desde que atendido o interesse do serviço.

A readaptação (RJU, art. 24) é a forma de provimento em um cargo cujas atribuições e responsabilidades sejam compatíveis com limitações que o servidor tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, verificada em inspeção médica.

A reversão (RJU, arts. 25 a 27) ocorre quando o servidor aposentado por invalidez deva retornar à atividade, ao serem considerados, por junta médica oficial, insubsistentes os motivos da aposentadoria. A reversão faz com que o servidor volte a exercer o mesmo cargo que ocupava antes da aposentadoria; caso esteja este provido, o

exercício se dará na condição de excedente, até a ocorrência de vaga.

A reintegração (RJU, art. 28) se dá quando o servidor estável indevidamente demitido retorna ao serviço público por decisão administrativa ou judicial. Neste caso o servidor é reintegrado ao cargo anteriormente ocupado; caso este esteja provido, o ocupante é reconduzido ao cargo de origem, aproveitado em outro cargo ou posto em disponibilidade.

A recondução (RJU, art. 29) é a forma de provimento pela qual o servidor estável retorna ao cargo anteriormente ocupado quando não aprovado em estágio probatório para um novo cargo ou quando ocorre a reintegração do antigo ocupante do mesmo.

A Constituição determina, em seu art. 41, par. 3o, que uma vez "extinto o cargo ou declarada sua desnecessidade, o servidor estável ficará em disponibilidade remunerada, até seu adequado aproveitamento em outro cargo". A remuneração, conforme interpretação do Supremo Tribunal Federal, permanece integral durante a disponibilidade. O aproveitamento (RJU, arts. 30 a 32) é então a forma de provimento através da qual o servidor em disponibilidade retorna à atividade, passando a ocupar cargo de atribuições e vencimentos compatíveis com o que ocupava anteriormente.

Como a disponibilidade é uma situação excepcional, na qual o servidor recebe seus vencimentos sem trabalhar, seu prolongamento é indesejável e contrário ao interesse público. Por esta razão, o aproveitamento é compulsório, tanto para a Administração, que está obrigada a promover o imediato aproveitamento do servidor, quando ocorrer vaga, como para o servidor, que não pode se furtar a entrar em exercício no prazo legal.

O provimento é um ato administrativo que apenas qualifica o servidor para o exercício de determinado cargo público. Em se tratando de nomeação, seja para cargo efetivo ou em comissão, ou de ascensão, o exercício é antecedido por inspeção médica e pela posse, que é efetivada pela assinatura do respectivo termo (RJU, art. 13), através do qual o servidor manifesta sua aceitação em assumir o cargo com as atribuições, deveres, responsabilidades e direitos a ele inerentes. Na ocasião da posse, o servidor deve apresentar declaração de bens e valores que constituem seu patrimônio.

O exercício do cargo inicia-se no máximo até trinta dias da data da posse, sob pena de exoneração do cargo. Para as formas derivadas de provimento para as quais não há posse, os trinta dias de prazo são concedidos a partir do ato de provimento apenas quando o servidor passa a ter exercício em localidade diversa da anterior.

Uma vez em exercício, o servidor tem seu tempo de serviço contado para todos os efeitos. A contagem do tempo não se interrompe nos seguintes casos, cujos períodos de ocorrência são considerados como de efetivo exercício:

- ausências (RJU, art. 97) por motivo de doação de sangue (por um dia), a listamento eleitoral (dois dias), casamento ou luto (oito dias);
- férias (RJU, art. 102, I);
- licenças, sob diversas circunstâncias (RJU, art. 102, VIII);
- exercício de cargo em comissão em órgão ou entidade dos Poderes da União, dos Estados, Distrito Federal ou Municípios ou outros casos previstos em leis específicas (RJU, art. 93 e art. 102, II e III), como ocorre com os servidores do Ministério da Saúde, de suas autarquias e fundações públicas vinculadas que, nos termos do art. 20 da Lei no 8270, de 17 de dezembro de 1991, podem ser colocados à disposição dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, sem prejuízo dos direitos e vantagens do cargo efetivo, mediante convênio com vistas à implementação do Sistema Único de Saúde, criado pela

Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990;

- desempenho de mandato eletivo federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal (RJU, art. 94 e art. 102, V);

- missão ou estudo no exterior (RJU, art. 95 e art. 102, VII);

- participação em programa de treinamento, em júri ou outros serviços obrigatórios por lei, ou em competições desportivas integrando representação nacional (RJU, art. 102, IV, VI e X);

- período de 30 dias para o deslocamento para nova sede quando passar a ter exercício em localidade diversa da original (RJU, art. 18 e art. 102, IX).

O servidor pode, sem alteração do cargo que ocupa, passar a ter exercício em outro local, mediante remoção ou redistribuição. A remoção (RJU, art. 36) é o mero deslocamento do servidor, a pedido ou de ofício, no âmbito do mesmo quadro, com ou sem mudança de sede. Já a redistribuição (RJU, art. 37 com a redação dada pelo art. 17, da Lei no 8216, de 13 de agosto de 1991) é o deslocamento, com o cargo, para o quadro de pessoal de outro órgão ou entidade "*observados a vinculação entre os graus de complexidade e responsabilidade, a correlação das atribuições, a equivalência entre os vencimentos e o interesse da administração*". A redistribuição deve ser efetuada unicamente para ajustamento de quadros às necessidades do serviço, inclusive nos casos de reorganização, extinção ou criação de órgão ou entidade.

Os cargos públicos ficam vagos (RJU, art. 33) em decorrência de exoneração ou demissão de seu ocupante; também quando o mesmo passa a ocupar outro cargo público por promoção, ascensão, transferência ou readaptação; ou quando toma posse em outro cargo inacumulável; ou, finalmente, quando o ocupante se aposenta ou morre.

A exoneração de cargo em comissão (RJU, art. 35) tanto ocorre a pedido como de ofício, a juízo da autoridade competente, independentemente do motivo. Já a exoneração de cargo efetivo (RJU, art. 34) resulta normalmente de pedido do servidor, tendo como únicas exceções, que justificam a exoneração de ofício, a reprovação do servidor no estágio probatório ou o vencimento do prazo para entrada em exercício após a posse.

A demissão do servidor público é penalidade disciplinar que é aplicada somente quando aquele comete falta grave, definida no próprio estatuto e apurada por processo disciplinar, em que se assegure ao acusado ampla defesa.

5.3. Direitos e vantagens do servidor público federal.

5.3.1. Vencimento do cargo

Pelo exercício do cargo público o servidor faz jus a uma retribuição pecuniária, denominada vencimento, cujo valor deve ser fixado em lei, não podendo ser inferior ao salário mínimo. Ao vencimento são acrescidas vantagens pecuniárias, algumas de caráter permanente e outras não. A remuneração, que é a soma do vencimento às vantagens do caráter permanente, é irredutível (RJU, art. 41, par. 3o).

Em decorrência de mandamento constitucional (art. 39, par. 1o) é assegurada a isonomia de vencimentos para cargos de atribuições iguais ou assemelhadas do mesmo Poder ou entre servidores dos três Poderes, ressalvadas as vantagens de caráter individual e as relativas à natureza ou ao local de trabalho. Tal isonomia, entretanto, só se

conseguirá mediante um processo de aproximação gradativa, que permita eliminar as discrepâncias hoje verificadas entre vencimentos de servidores que, embora desempenhando atividades idênticas, percebem vencimentos diferenciados em função de ocuparem cargos que, por vezes, só se distinguem pela denominação.

As atribuições dos cargos constituem o elemento fundamental para definição de sua semelhança justificando isonomia dos vencimentos correspondentes.

5.3.2. Vantagens pecuniárias

Além do vencimento o servidor pode fazer jus a outras vantagens pecuniárias, que são as indenizações, as gratificações e os adicionais.

As indenizações são devidas quando, em função do trabalho, o servidor é obrigado a efetuar despesas que normalmente não realizaria de moto-próprio. São indenizações previstas no RJU: a ajuda de custo (arts. 53 a 57), "*destinada a compensar as despesas de instalação do servidor que, no interesse do serviço, passa a ter exercício em nova sede, com mudança de domicílio em caráter permanente*"; as diárias (arts. 58 e 59) devidas em caso de afastamento da sede, a serviço, em caráter eventual ou transitório, destinada a cobrir as despesas de pousada, alimentação e locomoção urbana; e a indenização de transporte (art. 60) destinada a compensar as despesas com a utilização de meio próprio de locomoção para a execução de serviços externos. Além destas indenizações, a Lei no 8216, de 1991, estabeleceu, em seu art. 16, uma indenização aos servidores que se afastam de seu local de trabalho sem deixar a sede e, portanto, sem direito a diárias, para execução de trabalhos de campo tais como os de campanhas de combate e controle de endemias ou de saneamento básico, dentre outros. Pelo seu próprio sentido, as indenizações não se incorporam ao vencimento sob qualquer hipótese ou para qualquer efeito.

Conceitualmente os adicionais e as gratificações são vantagens pecuniárias de espécies distintas. Os adicionais são vantagens concedidas em razão do tempo de serviço ou da natureza peculiar da função que é desempenhada pelo servidor em caráter permanente ou habitual. Já as gratificações visam compensar o servidor por riscos ou ônus de serviços comuns quando realizados em condições extraordinárias. Assim, originalmente, os adicionais seriam incorporados ao vencimento, inclusive para efeito de disponibilidade remunerada e de aposentadoria, o mesmo não ocorrendo com as gratificações.

No entanto, a prática legislativa brasileira não preservou esta coerência conceitual: vantagens características da função desempenhada foram instituídas sob a forma de gratificações, assim como vantagens associadas a condições adversas de trabalho foram criadas sob o título de adicionais. Reconhecendo a existência de tais imperfeições de denominação, o RJU estabeleceu (art. 49, par. 2o) que tanto as gratificações como os adicionais incorporam-se ao vencimento nos casos e condições indicados em lei.

As gratificações previstas no RJU são a gratificação pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento e a gratificação natalina. A gratificação pelo exercício de função de direção, chefia ou assessoramento (RJU, art. 62) será devida ao servidor de carreira investido em tais funções. No entanto, o acesso às mesmas ainda depende da fixação dos requisitos para tal em lei que estabeleça as diretrizes do sistema de carreira

na administração pública federal.

A outra gratificação prevista no RJU é a gratificação natalina (arts. 63 a 66), que equivale, na verdade, ao 13º salário da legislação trabalhista.

Os adicionais já definidos no RJU são: o adicional por tempo de serviço, o adicional pelo exercício de atividades insalubres, perigosas ou penosas, o adicional pela prestação de serviço extraordinário, o adicional noturno e o adicional de férias.

O adicional por tempo de serviço substitui o quinquênio e o triênio anteriormente existentes para algumas carreiras ou categorias de servidores públicos. Tal adicional (RJU, art. 67) é devido à razão de 1% por ano de serviço público efetivo, incidente sobre o vencimento.

Os adicionais de insalubridade, periculosidade ou de atividades penosas (RJU, arts. 68 a 72) são devidos aos servidores que, no exercício regular de seu cargo, estejam sujeitos a condições adversas reconhecidas naquelas categorias nos termos das normas legais e regulamentares pertinentes aos trabalhadores em geral. A Lei no 8270, de 1991, em seu art. 12, determinou que o adicional de insalubridade seja calculado com base nos percentuais de cinco, dez e vinte por cento sobre o vencimento do cargo efetivo, correspondendo aos graus mínimos, médio e máximo de insalubridade. O mesmo dispositivo legal uniformizou o adicional de periculosidade em dez por cento do vencimento.

O adicional por serviço extraordinário (RJU, arts. 73 e 74) é pago à razão de 50% sobre a hora normal de trabalho, obedecido o limite máximo de duas horas por jornada. O adicional noturno (RJU, art. 75), devido em casos de serviços prestados entre as 22 horas e as 5 horas do dia seguinte, corresponde a 25% do valor da hora normal de trabalho. O adicional de férias (RJU, art. 76), finalmente, é pago ao servidor, por ocasião das férias, em valor igual a 1/3 de sua remuneração no período.

Além destas gratificações e adicionais o RJU admite outros, relativos ao local ou à natureza do trabalho. De fato, proliferam no serviço público federal as mais diversas gratificações e adicionais, cuja instituição, em muitos casos, teve como único motivo real propiciar a uma determinada carreira, categoria ou grupo de servidores um acréscimo de remuneração que os diferenciasse em relação aos demais. Embora a maior parte de tais vantagens tenha sido criada anteriormente ao RJU, outras têm sido estabelecidas ou estendidas a outros servidores que não os originalmente contemplados por meio de leis editadas já em 1991 (vide Lei no 8162, de 08/01/91; Lei no 8216, de 13/08/91; e Lei no 8270, de 17/12/91). Isso faz crer que tende a ser mantida ou mesmo ampliada a tendência à multiplicidade e à diversidade de vantagens de toda sorte concedidas a servidores de determinados segmentos do serviço público federal.

Gratificação de outra ordem que merece ser destacada e que não discrimina servidores de carreiras ou categorias diversas é a gratificação especial de localidade, definida pelo art. 17 da Lei no 8270, de 1991, que é concedida aos servidores da União, das autarquias e das fundações públicas federais que estejam em exercício em zonas de fronteira ou em localidades cujas condições de vida o justifiquem. A gratificação em questão não é incorporável e corresponde a 15% do vencimento do cargo efetivo para exercício em capitais, e 30% para exercício em outras localidades.

As vantagens de caráter permanente integram, juntamente com o vencimento, a remuneração; esta, por sua vez, não pode ser maior, a cada mês, do que a soma dos valores percebidos como remuneração, em espécie, a qualquer título, no âmbito dos

respectivos Poderes, pelos Ministros de Estado, por membros do Congresso Nacional e pelos Ministros do Supremo Tribunal Federal. Excluem-se deste teto de remuneração a gratificação natalina, o adicional por tempo de serviço, o adicional pelo exercício de atividades insalubres, perigosas ou penosas, o adicional pela prestação de serviços extraordinários, o adicional noturno e o adicional de férias.

5.3.3. Outros direitos

Além das vantagens pecuniárias, os servidores públicos têm capitulados outros direitos: férias, licenças por vários motivos, afastamentos, concessões, contagem do tempo de serviço e direito de petição.

As férias são de 30 dias consecutivos em cada exercício, ressalvadas as hipóteses determinadas por legislação específica, sendo facultado ao servidor converter 1/3 das férias em abono pecuniário. A acumulação de até dois períodos de férias depende da necessidade do serviço, sendo a interrupção das mesmas, após iniciadas, permitida apenas em casos excepcionais.

As licenças (RJU, arts. 81 a 92) que podem ser concedidas ao servidor público são resumidamente as seguintes:

I - licença por motivo de doença em pessoa da família, caso a assistência direta do servidor seja indispensável, concedida sem prejuízo da remuneração por até 90 dias, prorrogáveis por mais 90, passando a ser sem remuneração quando exceder estes prazos;

II - licença por motivo de afastamento do cônjuge, concedida por prazo indeterminado e sem remuneração, quando o servidor se deslocar para outro ponto do território nacional ou para o exterior, acompanhando o cônjuge ou companheiro, e não for possível sua lotação provisória em outro órgão da administração pública federal para exercício de atividade compatível com o seu cargo;

III - licença para o serviço militar, quando o servidor for para tal convocado, conforme legislação específica, podendo ter, após concluído o serviço militar, 30 dias adicionais, sem remuneração, para reassumir o exercício do cargo;

IV - licença para atividade política, sem remuneração durante o período que mediar entre a sua escolha em convenção partidária, como candidato a cargo eletivo, e a véspera do registro de sua candidatura perante a Justiça Eleitoral, e com remuneração a partir do dia do registro até o décimo quinto dia seguinte ao da eleição;

V - licença-prêmio por assiduidade, com remuneração integral, por três meses após cada quinquênio de exercício ininterrupto, sendo os períodos de licença-prêmio adquiridos e não gozados contados em dobro para a aposentadoria (art. 5º da Lei nº 8162, de 1991) ou convertidos em pecúnia em favor dos beneficiários do servidor, no caso de seu falecimento (direito vetado pelo Presidente da República, mas anulado pelo Congresso Nacional);

VI - licença para tratar de interesses particulares, sem remuneração, que pode ser concedida por até dois anos consecutivos, a pedido do servidor, podendo ser interrompida a qualquer tempo, e exigindo dois anos mais de exercício para uma nova concessão do mesmo tipo;

VII - licença para o exercício de mandato classista, com a remuneração integral do cargo, quando eleito para cargo de direção ou representação em confederação, federação, associação de classe de âmbito nacional, sindicato da categoria ou entidade

fiscalizadora da profissão, com duração igual à do mandato.

Os casos de afastamento sem prejuízo da contagem de tempo de serviço já foram anteriormente comentados, o mesmo ocorrendo, dentre as concessões, com os casos de ausência justificada ao serviço. As outras concessões previstas no RJU dizem respeito ao servidor estudante, a quem é concedido horário especial (art. 98) se necessário, e assegurada matrícula em instituição de ensino na localidade próxima de sua nova residência (art. 99) em caso de mudança de sede no interesse da administração, direito este que é extensivo a seus familiares.

O último direito a ser aqui mencionado, dentre os assegurados ao servidor federal é o direito de petição (RJU, arts. 104 a 115). Compreendidos neste direito estão:

I - o direito de dirigir requerimento, em defesa de direito ou interesse legítimo, à autoridade competente para decidí-lo, encaminhando-o por intermédio de seu superior hierárquico imediato;

II - o direito de apresentar por uma vez pedido de reconsideração à autoridade que houver expedido o ato ou proferido a decisão;

III - o direito de dirigir recurso à autoridade imediatamente superior à que tiver expedido o ato ou proferido a decisão, e, sucessivamente, em escala ascendente, às demais autoridades.

Os dispositivos do RJU estabelecem os prazos de prescrição, de despacho e de decisão para o exercício das ações inseridas no direito de petição, assegurando também, para estes fins, vista do processo ou documento, na repartição, ao servidor ou a procurador por ele constituído.

5.4. Regime disciplinar do servidor e processo administrativo disciplinar

O regime jurídico a que o servidor público está submetido impõe-lhe uma série de deveres e veda-lhe a prática de atos que contrariem a lei ou os princípios da administração pública. O servidor responde civil, penal e administrativamente pelo exercício irregular de seu cargo.

As sanções disciplinares que são aplicáveis ao servidor público têm rito próprio para sua aplicação, compreendendo sindicância e eventual processo administrativo disciplinar.

Os deveres comuns aos servidores civis federais em geral são relacionados no art. 116 do RJU. Pelo descumprimento desses ou de outros deveres funcionais previstos em lei, regulamentação ou norma interna, que não justifique a imposição de penalidade mais grave, fica o servidor sujeito a advertência por escrito (RJU, art. 129), o mesmo ocorrendo, especificamente, por:

I - ausentar-se do serviço durante o expediente, sem prévia autorização do chefe imediato;

II - retirar, sem prévia anuência da autoridade competente, qualquer documento ou objeto da repartição;

III - recusar fé a documentos públicos;

IV - opor resistência injustificada ao andamento de documento e processo ou execução de serviço;

V - promover manifestação de apreço ou desapeço no recinto da repartição;

VI - cometer a pessoa estranha à repartição, fora dos casos previstos em lei, o

desempenho de atribuição que seja de sua responsabilidade ou de seu subordinado;

VII - coagir ou aliciar subordinados no sentido de filiarem-se a associação profissional ou sindical, ou a partido político;

VIII - manter sob sua chefia imediata, em cargo ou função de confiança, cônjuge, companheiro ou parente até o segundo grau civil.

Já a penalidade de suspensão, de no máximo 90 dias, será aplicada em caso de reincidência nas faltas punidas com advertência e de violação de outras proibições que não tipifiquem infração sujeita a penalidade de demissão.

A demissão do serviço público será aplicada (RJU, art. 132) nos casos de:

I - crime contra a administração pública;

II - abandono de cargo, caracterizado pela ausência intencional do servidor ao serviço por mais de trinta dias consecutivos;

III - inassiduidade habitual, caracterizada pela falta ao serviço, sem causa justificada, por sessenta dias, interpoladamente, durante o período de doze meses;

IV - improbidade administrativa;

V - incontinência pública e conduta escandalosa na repartição;

VI - insubordinação grave em serviço;

VII - ofensa física, em serviço, a servidor ou a particular, salvo em legítima defesa própria ou de outrem;

VIII - aplicação irregular de dinheiros públicos;

IX - revelação de segredo do qual se apropriou em razão do cargo;

X - lesão aos cofres públicos e dilapidação do patrimônio nacional;

XI - corrupção;

XII - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas, na administração direta, autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista da União, do Distrito Federal, dos Estados, dos Territórios e dos Municípios;

XIII - utilização do cargo para lograr proveito pessoal ou de outrem, em detrimento da dignidade da função pública;

XIV - exercício de cargo simultâneo à participação na gerência ou administração de empresa privada ou de sociedade civil, ou ao exercício do comércio, exceto se na qualidade de acionista, cotista ou comanditário;

XV - atuação, como procurador ou intermediário, junto a repartições públicas, salvo quando se tratar de benefícios previdenciários ou assistenciais de parentes até o segundo grau, e de cônjuge ou companheiro;

XVI - recebimento de propina, comissão, presente ou vantagem de qualquer espécie, em razão de suas atribuições;

XVII - aceitação de comissão, emprego ou pensão de estado estrangeiro;

XVIII - prática de usura sob qualquer de suas formas;

XIX - procedimento desidioso;

XX - utilização de pessoal ou de recursos materiais da repartição em serviços ou atividades particulares.

Em se tratando de cargo em comissão exercido por não ocupante de cargo efetivo, aplica-se a destituição do cargo em comissão nos casos de infração sujeita às penalidades de suspensão e de demissão (RJU, art. 135).

A demissão do cargo efetivo ou a destituição do cargo em comissão nos casos dos incisos I, IV, VIII, X e XI anteriormente elencados implica na indisponibilidade dos bens e no ressarcimento ao erário e impede, em caráter definitivo, o retorno ao serviço público federal. Nos casos dos incisos XIII e XV este impedimento perdura por cinco anos.

No caso de demissão por acumulação ilegal de cargos (RJU, art. 133), havendo boafé, será permitido ao servidor optar por um dos cargos. Provada a má-fé, contudo, perderá ambos os cargos e restituirá o que tiver recebido indevidamente.

Será cassada a aposentadoria ou a disponibilidade do inativo que houver praticado, na atividade, falta punível com a demissão (RJU, art. 134).

Além das sanções administrativas, o servidor responderá civilmente por ato omissivo ou comissivo, doloso ou culposo, que resulte em prejuízo ao erário ou a terceiros, e responderá penalmente por crimes ou contravenções a ele imputados na qualidade de servidor. As sanções civis, penais e administrativas poderão cumular-se, sendo independentes entre si.

Em caso de prejuízo que o servidor, nesta qualidade, tenha causado a terceiros, o órgão ou entidade responderá pelos danos, devendo providenciar-se posteriormente o ressarcimento pelo servidor, mediante ação regressiva. A obrigação de reparar os danos causados ao erário ou a terceiros estende-se aos sucessores, até o limite do valor da herança recebida.

A aplicação das sanções administrativas está condicionada aos procedimentos formais determinados em lei. As ações na esfera disciplinar prescrevem em 5 anos para as infrações puníveis com a demissão, em 2 anos para as puníveis com suspensão, e em 180 dias para as puníveis com advertência. Dentro desses prazos, tendo recebido denúncia de autor identificado, ou tido ciência por qualquer forma de irregularidade no serviço público, compete à autoridade promover a sua apuração imediata, mediante sindicância ou processo administrativo disciplinar, assegurada ao acusado ampla defesa.

Resultando da sindicância a apuração de falta à qual corresponda penalidade de advertência ou de suspensão de até trinta dias, ela será aplicada pelo chefe da repartição ou autoridade indicada no respectivo regimento ou regulamento. Caso o ilícito praticado enseje penalidade de suspensão superior a 30 dias, de demissão, cassação de aposentadoria ou de disponibilidade, ou destituição de cargo em comissão, será obrigatória a instauração de processo disciplinar. Neste caso, é facultado à autoridade determinar o afastamento preventivo do servidor do exercício do cargo, sem prejuízo da remuneração, por até 60 dias prorrogáveis por igual período, para que o mesmo não venha a influir na apuração da irregularidade.

O processo disciplinar é o instrumento destinado a apurar a responsabilidade do servidor por infração praticada no exercício de suas atribuições. O processo disciplinar deve ser conduzido por comissão de três servidores estáveis que tem prazo de 60 dias, prorrogáveis por igual período, para concluir o inquérito administrativo (RJU, arts. 153 a 166), compreendendo instrução, defesa e relatório.

O inquérito administrativo obedece ao princípio do contraditório, assegurada ao acusado ampla defesa, com a utilização dos meios e recursos admitidos em direito. O servidor tem direito a acompanhar o processo pessoalmente ou por intermédio de procurador, arrolar e reinquirir testemunhas, produzir provas e contraprovas, e formular quesitos, quando se tratar de prova pericial.

Concluída a instrução e tipificada a infração disciplinar, será formulada a indicição do servidor, com a especificação dos fatos a ele imputados e das respectivas provas. Abre-se então o prazo para apresentação de defesa escrita. Uma vez apreciada a defesa, a comissão elaborará relatório minucioso e conclusivo quanto à inocência ou à responsabilidade do servidor, remetendo-se então o processo disciplinar à autoridade que tiver determinado a sua instauração, para julgamento.

Se a penalidade a ser aplicada exceder a alçada da autoridade instauradora do processo, este será encaminhado à autoridade competente. As penalidades de demissão e de cassação de aposentadoria ou disponibilidade de servidor somente serão aplicadas pelo Presidente da República, pelos Presidentes das Casas do Poder Legislativo e dos Tribunais Federais e pelo Procurador-Geral da República, no âmbito dos Poderes e órgãos respectivos. A penalidade de suspensão por prazo superior a 30 dias é aplicada por autoridade de hierarquia imediatamente inferior às que têm competência para impor a demissão.

Quando a infração disciplinar estiver capitulada como crime, o processo disciplinar será remetido ao Ministério Público para instauração da ação penal.

5.5. Seguridade social do servidor federal

O servidor público federal e sua família são amparados por Plano de Seguridade Social mantido pela União. Os benefícios a que o servidor tem direito são quase sempre concedidos e mantidos pelo órgão ou entidade a que está vinculado, sendo a principal exceção a assistência à saúde que pode ser igualmente prestada pelo Sistema Único de Saúde, diretamente pelo órgão ou entidade, ou ainda, mediante convênio, na forma estabelecida em regulamento.

O principal benefício concedido ao servidor é a aposentadoria. A lei (RJU, arts. 186 a 195) prevê a aposentadoria do servidor público federal:

"I - por invalidez permanente, sendo os proventos integrais quando decorrente de acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável, especificada em lei, e proporcionais nos demais casos;

II - compulsoriamente, aos setenta anos de idade, com proventos proporcionais ao tempo de serviço;

III - voluntariamente:

a) aos 35 (trinta e cinco) anos de serviço, se homem, e aos 30 (trinta) se mulher, com proventos integrais;

b) aos 30 (trinta) anos de efetivo exercício em funções de magistério, se professor, e 25 (vinte e cinco) se professora, com proventos integrais;

c) aos 30 (trinta) anos de serviço, se homem, e aos 25 (vinte e cinco) anos se mulher, com proventos proporcionais a esse tempo;

d) aos 65 (sessenta e cinco) anos de idade, se homem, e aos 60 (sessenta) se mulher, com proventos proporcionais ao tempo de serviço".

Além do tempo de serviço público federal, contado para todos os efeitos, são

contados, especificamente para efeito de aposentadoria (RJU, art. 103) os tempos:

- I - de serviço público prestado ao Distrito Federal, Estados e Municípios;
- II - em que o servidor tenha estado licenciado com remuneração para tratamento de saúde de familiar;
- III - em que o servidor tenha estado licenciado com remuneração, como candidato a cargo eletivo;
- IV - correspondente ao desempenho de mandato eletivo anterior ao ingresso no serviço público federal;
- V - de serviço em atividade privada, vinculada à Previdência Social;
- VI - de serviço relativo a tiro de guerra.

Quando o servidor contar tempo de serviço para aposentadoria com provento integral fará jus a ser aposentado com a remuneração do padrão da classe imediatamente superior àquela em que se encontra posicionado e, quando ocupante da última classe de carreira, com a remuneração do padrão correspondente, acrescida da diferença entre esse e o padrão da classe imediatamente anterior. Poderá ainda optar por se aposentar com a gratificação da função de direção, chefia ou assessoramento ou remuneração do cargo em comissão, desde que os tenha exercido por 5 anos consecutivos ou dez anos interpolados.

O provento da aposentadoria é irredutível e deve ser revisto na mesma data e proporção, sempre que se alterar a remuneração dos servidores em atividade. São igualmente assegurados aos inativos quaisquer benefícios ou vantagens posteriormente concedidas aos servidores em atividade, inclusive quando decorrentes de transformação ou reclassificação do cargo ou função em que se deu a aposentadoria.

Ocorrendo a morte do servidor, seus dependentes fazem jus a uma pensão mensal do valor correspondente ao da respectiva remuneração, se o servidor ainda estava em atividade, ou do provento, se já era aposentado.

O valor da pensão é rateado entre os beneficiários habilitados de acordo com regras (RJU, arts. 216 a 225) cujos pontos principais são:

- o desdobramento da pensão segundo sua natureza em pensão vitalícia, composta de cota ou cotas permanentes, que só se extinguem ou reverterem pela morte de seus beneficiários, e pensão temporária composta de cota ou cotas que podem se extinguir por morte, cessação de invalidez ou maioridade do beneficiário;
- os primeiros beneficiários da pensão vitalícia são o cônjuge, o companheiro ou companheira designado de união estável e a pessoa desquitada, separada judicialmente ou divorciada, com percepção de pensão alimentícia;
- inexistindo cônjuge ou companheiro, são beneficiários de pensão vitalícia a mãe ou o pai do servidor, ou outra pessoa designada, maior de 60 anos ou portadora de deficiência, que vivam sob a dependência do servidor;
- os primeiros beneficiários da pensão temporária são os filhos ou enteados até 21 anos de idade, ou inválidos, e o menor sob guarda ou tutela do servidor até 21 anos de idade;
- inexistindo filhos, enteados ou menores sob guarda ou tutela, são beneficiários de pensão temporária o irmão órfão ou outra pessoa designada até 21 anos de idade, ou inválido, que comprove dependência econômica do servidor;
- metade do valor da pensão caberá ao titular ou titulares de pensão vitalícia e a outra metade aos titulares de pensão temporária, sendo cada metade rateada entre os respectivos beneficiários habilitados;

- inexistido beneficiários de pensão temporária, o valor total será concedido aos beneficiários de pensão vitalícia e viceversa;

- por morte ou perda da qualidade de beneficiário a respectiva cota reverterá aos beneficiários remanescentes de mesma natureza (vitalícia ou temporária) ou, na falta destes, para os demais.

As pensões são automaticamente atualizadas na mesma data e proporção dos reajustes dos servidores, inclusive quando decorrentes de quaisquer benefícios ou vantagens, transformação ou reclassificação de cargos.

Além da aposentadoria, os outros benefícios da seguridade social concedidos ao servidor são (RJU, arts. 196 a 214): auxílio-inalidade, salário-família, licença para tratamento de saúde, licença à gestante e à adotante, licença-paternidade e licença por acidente em serviço. A família do servidor, além das pensões vitalícias e temporárias, tem direito a auxílio-funeral no caso de falecimento do mesmo, ainda que já aposentado (RJU, arts. 226 a 228). Pode também ter direito a auxílio-reclusão, por motivo de prisão do servidor, nos termos definidos em lei (RJU, art. 229).

O Plano de Seguridade Social do servidor é custeado pela arrecadação de contribuições sociais obrigatórias dos próprios servidores, conforme estabelecido pelos arts. 8o, 9o e 10 da Lei no 8162, de 1991. As contribuições mensais incidentes sobre a remuneração mensal do servidor são calculadas por alíquotas progressivas de 9% a 12% em função do valor, com faixas determinads com base no Plano de Classificação de Cargos, e devem ser recolhidas ao Tesouro Nacional nos prazos e condições estabelecidos pelo Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento. É importante registrar que o custeio da aposentadoria é de responsabilidade integral do Tesouro Nacional, por força do art. 231, par. 2o, do RJU, vetado pelo Presidente da República mas mantido pelo Congresso Nacional.

6 - COMENTÁRIOS FINAIS

O regime jurídico a que estão submetidos os servidores civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais não pode ser dado como completamente definido enquanto não forem editadas algumas normas legais cuja inexistência impede ou limita o exercício de direitos previstos na própria Constituição.

Em primeiro lugar, nessa circunstância, cabe destacar a situação dos planos de carreira, cuja instituição obrigatória em cada esfera de governo decorre do mesmo mandamento constitucional (art. 39) que impôs a unicidade do regime jurídico dos servidores civis. A estruturação dos cargos públicos em carreiras organizadas deverá abrir um horizonte profissional bem definido para o servidor, que passará a ter perspectivas concretas de evolução na carreira, mediante programas de capacitação e aperfeiçoamento.

Enquanto não editada a lei que definirá as diretrizes para a implantação das carreiras, a maior parte dos servidores federais, que ocupam cargos não vinculados a carreiras, ficam privados dos benefícios que, conforme indicação do próprio RJU, estão indissociavelmente vinculados às mesmas.

O regime jurídico ficou também incompleto naquelas questões que, por expressa exigência constitucional, dependem de lei complementar para sua definição legal. Sendo a Lei no 8112, de 1990, uma lei ordinária, tais matérias nela não puderam ser incluídas.

Este é o caso, principalmente, do direito de greve que, de acordo com o art. 37, VII, da Carta Magna, só poderá ser exercido *"nos termos e nos limites definidos em lei complementar"*.

Tal lei deverá harmonizar o exercício da greve com o regime estatutário do servidor e, especialmente, com a indispensável manutenção dos serviços públicos em níveis mínimos que preservem o atendimento de caráter inadiável à população. Embora justificável sob esse prisma, a exigência de lei complementar, cuja iniciativa é privativa do Poder Executivo, termina por manter o direito à greve indefinidamente "congelado".

Igualmente condicionado a uma lei complementar, permanece também irrealizado o direito à aposentadoria especial pelo exercício de atividades penosas, insalubres ou perigosas, que exigiria tempos de serviço menores do que os necessários quando não exposto o servidor a tais condições adversas.

Além destas questões ainda pendentes, pode-se esperar que o regime jurídico do servidor público federal venha a sofrer diversas alterações ao longo dos próximos anos, não só corrigindo excessos e imprecisões normais em leis de tal complexidade e abrangência, mas também em consequência do que vier a ocorrer por força da revisão constitucional prevista para 1993.

NEGOCIAÇÃO COLETIVA DO TRABALHO NO SETOR PÚBLICO

Maria Paula Dallari Bucci *

Valéria Simões Lira da Fonseca*

I. INTRODUÇÃO

1. O aumento da produtividade e a melhoria da qualidade do serviço público são metas atuais da Administração Pública que fazem parte de uma estratégia administrativa global, apoiada sobre determinada base jurídica.

2. Os serviços públicos de saúde destacam-se, como objeto de estudo, em primeiro lugar, em virtude da especificidade do próprio serviço. Além disso, devido à organicidade que vem recebendo a disciplina jurídica da saúde, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Ao consagrar entre os direitos sociais o direito à saúde (artigo 6o), e ao lhe reservar uma seção dentro do título da ordem social, a Constituição Federal explicitou direito que vinha consignado nos textos constitucionais anteriores apenas de forma limitada e incompleta. Essa explicitação se conjuga, sob o ponto de vista sistemático, com a nova configuração dos direitos e garantias individuais e com a previsão expressa de mecanismos destinados a assegurar o seu cumprimento (mandado de injunção, mandado de segurança coletivo e outros).

A implantação dessa nova ordem, no entanto, não faz tábula rasa das relações jurídicas existentes. Convive com elas, absorve-as ou as repele, impondo a reforma das situações que com ela não se conformam.

3. No que tange à disciplina dos servidores públicos, o quadro em vigor depois da promulgação da Constituição e sua regulamentação, na esfera federal, pela Lei no 8112/90 é de tal complexidade, que mesmo entre especialistas não há unanimidade sobre a forma de aplicação do estatuto dos servidores.

4. A instituição da negociação coletiva instituto oriundo do direito do trabalho

* Consultora do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário -CEPEDISA/USP

para os servidores públicos é, como toda inovação, objeto de polêmica entre os especialistas. A despeito da relativa tranquilidade a se admitir o instituto, tanto em relação à forma, como aos limites e demais aspectos do processo de negociação, há muita controvérsia a ser superada.

5. No que diz respeito ao regime jurídico dos servidores públicos e, em particular, quanto à aplicabilidade do instituto da negociação coletiva ao serviço público, conforme se verá, a tendência atual é de aplicação de tratamento uniforme entre servidores de diversas áreas, sem distinguir os da área da saúde dos demais.

II. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS E ÍNDICES DE PRODUTIVIDADE E QUALIDADE.

6. A política de recursos humanos hábil a estimular a produtividade e a qualidade do serviço público se traduz num conjunto de medidas tais como salários, condições de trabalho, benefícios, prestígio profissional, progressão na carreira e muitos outros.

7. Essa foi a posição assumida no texto da Lei Orgânica da Saúde, considerada, sob o aspecto da gestão de pessoal, avançada, se comparada ao tratamento tradicional da matéria na esfera pública no Brasil.

A lei federal no 8.080, de 19 de setembro de 1990, disciplina o Sistema único de Saúde-SUS, e regula o aspecto humano dos serviços sob a estratégia da formação e do desenvolvimento continuado dos recursos humanos, conforme se depreende dos artigos 14 e seu parágrafo único, 15, incisos VI e IX, e 27, I.

O artigo 27, que trata dos objetivos da política de recursos humanos na área da saúde, tem a seguinte redação:

"Art. 27- A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;" (grifos nossos)

O artigo 27 teve vetados seus incisos II e III, os quais previam a instituição, em cada esfera de governo, de planos de cargos e salários para o pessoal do Sistema Único de Saúde-SUS e a fixação de pisos nacionais de salários. As razões do veto, a nosso ver corretas, se fundam na existência de projeto de lei de iniciativa do Executivo federal, instituindo o Sistema de Carreira do Serviço Civil da União, em tramitação pelo Congresso Nacional, o que vem cumprir o previsto no caput do artigo 39 da Constituição. Tal projeto visa conceder maior racionalidade ao serviço público, observando a isonomia de salários entre servidores, dentro de um equilíbrio entre as diferentes carreiras que o integram. Assim, as carreiras ligadas à saúde no serviço público serão disciplinadas, nos aspectos específicos e genéricos, de acordo com a Lei do Sistema de Carreira.

8. Como se vê, a Administração vem buscando medidas que em tese visam a eficácia da meta de produtividade e qualidade no serviço público.

A Portaria no 5 da Secretaria-Geral da Presidência da República, de 14 de novembro de 1991, publicada no Diário Oficial da União de 22 de novembro de 1991, aprova o documento "Critérios para geração de indicadores da qualidade e produtividade no serviço público", cuja aplicação é recomendada no âmbito da Administração Pública Federal. Esse documento parte das Normas ISO 9000/NBR 19.000 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e formula conceitos de qualidade, política da qualidade, qualidade do serviço e outros correlatos, buscando adaptá-los aos requisitos do serviço público.

A transcrição de alguns tópicos do documento dá a medida da explicitação dos conceitos de produtividade e qualidade no âmbito da administração.

"Qualidade Total: é um novo modelo gerencial, fundado na motivação e participação de todo pessoal na estrutura organizacional formal. Seus resultados se materializam, continuamente, em todas as facetas da instituição, traduzidos, sobretudo, em bem-estar de seus empregados e satisfação de seus clientes."

(.....)

"A percepção normal em relação à qualidade tende a ser objetiva quando se refere a produtos, mas, quando se trata da prestação de serviço, reveste-se, em geral, de subjetivismo e adjetivação. Neste setor, principalmente, é fundamental a fixação e o acompanhamento de indicadores precisos, atrelados também aos processos e atividades de suporte componentes do serviço em todas as suas etapas intermediárias, paralelas, simultâneas ou complementares. O indicador deve ter em conta especialmente a perspectiva do cliente, em muitos casos, parte diretamente integrante do sistema de prestação do serviço como, por exemplo, no atendimento médico." (grifo nosso)

Além desses critérios, o documento fornece, ainda, a conceituação e diferenciação entre as noções de índices, padrões e metas e outros aspectos necessários à efetivação da produtividade e qualidade no serviço público.

Portanto, a sistematização e publicação desses critérios demonstram que a questão de pessoal Administração pública dispõe de meios para ser tratada de forma objetiva. O modo pelo qual se organizam tais meios, entre os quais estão os instrumentos jurídicos de cobrança da responsabilidade funcional dos servidores públicos, é decisão de competência de cada governo.

III. SERVIDORES PÚBLICOS

9. As atividades do setor privado distinguem-se daquelas exercidas pelo setor

público, particularmente no que se refere à saúde, porquanto é através do serviço público que o Estado desempenha as funções essenciais ou necessárias à coletividade.¹

Ao servidor público deve ser frisado o caráter público das atividades que exerce e é nesta perspectiva, isto é, sob o ponto de vista da coletividade, que deverá ser avaliado o desempenho de suas funções.

10. O regime federativo brasileiro adota o sistema imediato de execução dos serviços públicos, segundo o qual cada uma das esferas, União, Estados, Distrito Federal e Municípios, realiza os serviços públicos diretos com seus próprios servidores.

Há, portanto, quadros de servidores federais, do Distrito Federal, estaduais e municipais, cada qual organizado em regime jurídico autônomo, subordinado aos princípios estabelecidos nos artigos 37 a 42 da Constituição Federal, que tratam da Administração Pública.

Embora a instituição de regime único e planos de carreira seja exigência constitucional, a interpretação do significado dessa imposição e as formas de regulamentação são temas que vêm ocupando os doutrinadores.²

11. Os direitos e deveres dos servidores públicos estão estabelecidos na Constituição Federal e nos estatutos dos servidores das entidades estatais, autarquias e fundações de cada esfera federativa.

Observa HELY LOPES MEIRELLES:

*"Na imposição desses deveres e na concessão desses direitos, a Administração deverá ter sempre presente o interesse coletivo na obtenção dos serviços públicos, lembrando-se de que - como o nome está indicando - são serviços para o público, e que seus agentes são servidores públicos, vale dizer, servidores do público: public servants, na expressão inglesa consagrada por Brandeis"*³

12. Os estatutos impõem deveres e restrições funcionais que configuram a conduta dos servidores e o regular funcionamento dos serviços públicos.

Além disso, o exercício da responsabilização - dever legal atribuído a toda Administração e em particular ao chefe em relação aos subordinados - pelas infrações cometidas pelo servidor é importante caminho na moralização do serviço público, refletindo-se de modo indireto na produtividade.

Em linhas gerais, no estabelecimento de mecanismos de incentivo nos serviços públicos, a **produtividade** incluindo nesta a qualidade do serviço produzido -, deve ser um **pressuposto** para o recebimento de incentivo de qualquer natureza. Isto é, não verificada a condição, deixa o incentivo de ser exigível. Por conseqüência, não deve ser incorporado ao salário para outros efeitos, vez que se trata de estímulo suplementar à atividade do servidor, a exemplo do prêmio para o trabalhador comum, que cria apenas

(1) cf. Maria Sylvania ZANELA DI PRIETO, *Direito Administrativo*, São Paulo, Atlas, 1990, p.64

(2) Consulte-se Eurípedes de CARVALHO PIMENTA, "Servidores públicos - regime único", *Revista de Informação Legislativa*, a.27 n. 108: 169-182 out./dez, 1990

(3) Hely LOPES MEIRELLES - *Direito Administrativo Brasileiro*, 16ª Ed. atual., São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 1991, p. 389.

uma expectativa de direito.⁴

A distribuição de incentivo não deve visar apenas o servidor de modo direto mas sim o benefício do setor em que está inserido, revertendo ao servidor, indiretamente, em forma de melhoria de qualidade das condições globais de trabalho e do serviço de forma geral.

13. Com essa introdução, podemos abordar o problema específico dos múltiplos regimes de pessoal no serviço público e das incontáveis exceções legalmente consentidas.

O insucesso na fixação, em todas as esferas federativas, de uma política de recursos humanos que prestigie a produtividade e a otimização dos serviços não se deve à falta de disciplina legal, mas, ao contrário, ao excesso de textos que regulam os diversos regimes de pessoal e às exceções a eles cabíveis.

14. Atualmente está em vigor a Lei federal no 8112, de 11 de novembro de 1990, que institui o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, nos termos do artigo 39 da Constituição Federal.

Desde a edição da lei, o quadro de servidores, na síntese feliz de CELSO ANTÔNIO BANDEIRA DE MELLO ficou da seguinte maneira:

"a" Dentre os servidores públicos distinguem-se espécies, a saber:

a) servidores públicos civis (só existem na administração direta, nas autarquias e fundações públicas). Entre eles se compreendem atualmente os:

a.1) funcionários públicos, isto é titulares de cargo, sob regime estatutário;

a.2) servidores de autarquias, também titulares de cargo e sob regime estatutário, similar ao do funcionário;

a.3) empregados, ou seja, contratados pela legislação trabalhista (pela administração direta, autarquias e fundações públicas);

b) contratados, a teor do art. 37, IX, da Constituição, para atender necessidade temporária de excepcional interesse público e por tempo determinado.

c) servidores de empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações governamentais não caracterizáveis como fundações públicas, *todos sob regime trabalhista.*"⁵

15. CELSO ANTÔNIO BANDEIRA DE MELLO⁶, acompanhado de outros doutrinadores de prestígio, é extremamente crítico a respeito da implantação do novo regime dos servidores públicos civis da União. Entende ele inconstitucional a conversão indiscriminada dos empregados (os contratados pelo regime trabalhista, da CLT) - sem se fazer distinção entre concursados e não concursados publicamente, estáveis e não estáveis - no equivalente de funcionário público sob um regime jurídico único, debaixo da nova e equívoca designação de "servidores". O correto, na opinião do autor, teria sido incluí-los em um "quadro em extinção", preservando seu direito ao emprego mas não lhes assegurando automaticamente o tratamento reservado àqueles que preenchem as

(4) Sobre as formas de remuneração suplementares ver Oriando Gomes e Elson Gottschalk, Curso de Direito do Trabalho, 11ª Edição, vols. I e II, Rio de Janeiro, Forense, 1990 p. 283 e na área dos servidores públicos sobre vencimentos e vantagens pecuniárias ver Hely Lopes Meirelles, ob. cit. p. 392 e segs.

(5) cf. Regime Constitucional dos Servidores da Administração Direta e Indireta, 2ª edição, São Paulo, RT, 1991

(6) ob. cit. p. 13/17.

condições de acesso ao cargo público.⁷

A crítica é oportuna na medida em que denuncia os mecanismos legais de burla dos critérios, legalmente estabelecidos, de admissão no serviço público e conquista de garantias funcionais. No cerne do presente trabalho, na pesquisa de fórmulas de estímulo à produtividade e qualidade do serviço público, dos maiores desafios é como imunizar o sistema contra os "marinzões", "trens de alegria" e outros casuísmos perpetrados legalmente, corriqueiros na tradição brasileira, através dos quais se outorgam vantagens a servidores que não cumprem os critérios legais para tanto. Essas verdadeiras fraudes consistem no maior desestímulo à observância dos requisitos ordinários de valorização do trabalho. Com elas têm sido premiados aqueles que sem se dar ao trabalho de prestar concurso, progredir na carreira e assim conquistar as vantagens e as retribuições do cargo público, as recebem sem esforço, através de espúrias benesses legais.

16. A despeito da mudança de visão que vem marcando a idéia de uma política de recursos humanos na área da saúde, não há medida jurídica que resista à reiteração das iniciativas notese, quase sempre legais - de conceder privilégios àqueles que não preenchem os requisitos legais para obtê-los. A solução do problema nesse caso não é jurídica, mas de política administrativa. Depende da decisão de cada esfera de governo ser mais rigoroso ou mais permissivo com o seu quadro de servidores e assim valorizar ou não a qualidade de seus recursos humanos.

IV. NEGOCIAÇÃO COLETIVA DO TRABALHO

17. Em virtude da novidade da instituição dessa figura no âmbito do serviço público (o regime estatutário que regulava as atividades dos funcionários públicos não previa o direito à sindicalização, direito de greve e outras garantias associadas à relação de emprego) e da complexidade do quadro de pessoal hoje existente, impõe-se a necessidade da criação de uma disciplina própria das negociações coletivas de trabalho no serviço público. Tal disciplina há de aproximar-se, por analogia, do funcionamento do instituto no universo das relações trabalhistas stricto sensu, não obstante reger situações jurídicas bastante peculiares, em quase tudo diversas das relações de trabalho entre particulares.

Passaremos, então, a delinear algumas das características desse mecanismo para que possamos avaliar a sua transposição para o setor público.

18. A negociação coletiva do trabalho é processo inserido no direito coletivo do trabalho, ramo do direito do trabalho que estuda a dimensão coletiva da relação trabalhista, em seus desdobramentos como a organização sindical, os conflitos coletivos do trabalho e suas formas de solução.

O acordo ou convenção coletiva são produto da autonomia da vontade das partes convenientes, caracterizando, assim, contrato bilateral ou contrato normativo, pois têm o condão de determinar o conteúdo de contratos individuais. *"A normatividade inerente à*

(7) *"Na Constituição atual, tanto como ocorria nas Cartas precedentes, o ingresso em cargo público depende do concurso público de provas ou de provas e títulos, ressalvadas certas situações excepcionais. Sem embargo, no passado, múltiplas vezes admitiu-se pessoal mediante contrato pela CLT. De conseguinte, por essa via transversa, ingressavam no serviço público levadas de pessoas sem concurso público. Mas não ingressavam em cargo - pois a proibição constitucional era evidente; apenas eram contratados. Burlava-se, assim, sistematicamente o Texto Constitucional, fraudando-lhe o objetivo. Tal fraude, na União, tradicional campeã em inconstitucionalidades - chegou mesmo a se converter em regra, logo seguida, sobretudo, pelos Municípios." cf. Bandeira de Mello, ob. cit. p. 14*

convenção coletiva do trabalho provém do poder transferido aos sindicatos ou agrupamento legitimado a celebrá-la, pelos indivíduos que se inserem na organização."⁸

19. O direito privado brasileiro prevê duas espécies de convenção coletiva, aquela pactuada entre sindicatos, denominada convenção coletiva propriamente dita e o acordo coletivo, que tem como partes, de um lado uma entidade sindical e de outro o empregador (artigo 611 e seu parágrafo 1o da Consolidação das Leis do Trabalho).

A exigência da participação do sindicato na negociação coletiva é feita pela própria Constituição Federal em seu artigo 8o, inciso VI.

20. O conteúdo obrigatório da convenção coletiva é regulado pelo artigo 613 da CLT.

Cumpre, aqui, ressaltar os limites ao princípio da liberdade contratual, própria da convenção coletiva no setor privado, que são os relativos às disposições contrárias às normas de proteção ao trabalho, contrárias à ordem pública, à moral e à liberdade sindical, consoante o disposto nos artigos 9o e 444 da CLT e Código Civil.

21. Quanto à extensão, considerando sua natureza, entende Magano que em princípio, a convenção só é aplicável aos indivíduos inseridos na organização legitimada a celebrá-la, os quais, no caso do sindicato, correspondem aos associados. Mas como os interesses destes são comuns aos dos não associados, há a tendência de que a convenção se aplique a todos os integrantes de um grupo homogêneo, seja este o da categoria, o da empresa ou de qualquer outro, embora considere ser outra a concepção da Constituição atual.⁹

Esclarece, nesta questão, Orlando Gomes, que como a convenção e o acordo coletivos aplicam-se apenas no âmbito das respectivas representações (artigo 611 da CLT) às relações individuais de trabalho, fica manifesto que não atingem os não associados. Acrescenta que ainda que se interprete o novo texto constitucional no sentido de dar generalidade automática à convenção, isto em nada modificaria sua natureza jurídica. "Neste caso, a Constituição não faria mais do que dar eficácia geral à convenção coletiva, respeitados a sua formação e conteúdo, que permaneceriam essencialmente contratuais".¹⁰

V. NEGOCIAÇÃO COLETIVA DO TRABALHO NO SETOR PÚBLICO

22. A aplicabilidade do instituto da negociação coletiva de trabalho ao setor público em face de suas peculiaridades, nos coloca frente a alguns questionamentos jurídicos, desde sua instauração até a identificação do órgão competente para dirimir controvérsias dela oriundas.¹¹

A possibilidade de participação em processo de negociação coletiva no setor

(8) cf. Octávio Bueno MAGANO, *Direito Coletivo do Trabalho*, volume III do *Manual de Direito do Trabalho*, 2ª Edição, São Paulo, Ltr, 1990, p.136 fazendo referência a Valente SIMI *Il Contratto Collettivo di Lavoro*, Padova, Cedam, 1980 p. 13 e Gino GIUNNI, *Diritto Sindacale*, Bari, Cacucci, 1980, p.131

(9) ob. cit. p. 136.

(10) ob. cit. p. 688.

(11) Consulte-se, a propósito, Octávio Bueno Magano que traz manifestações do Comitê de Liberdade Sindical, do Conselho de Administração da OIT, a evolução e a tendência internacional de expansão da convenção coletiva no setor público, que contribuiu para a elaboração da Convenção n. 151 de 17 de Junho de 1978, cujo artigo 7 recomenda a utilização mais ampla possível da negociação sobre condições de emprego entre autoridades públicas e a organização dos agentes públicos. ob. cit. pp. 153 e 154. Essa recomendação supera a Convenção n. 98, a qual discriminava os servidores públicos para efeito de aplicação da negociação coletiva, cf. texto em Tarso Fernando Genro, *Contribuição à Crítica do Direito Coletivo do Trabalho*, Editora Síntese, Porto Alegre

público passou a ser admitida com a promulgação da Carta de 1988 que garante ao servidor público civil o direito à livre associação sindical. Diz o texto constitucional:

*Artigo 37: "A administração pública direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e, também, ao seguinte:
VI - é garantido ao servidor público civil o direito à livre associação sindical".*

A negociação coletiva de trabalho é figura cuja aplicação se anuncia no regime jurídico dos servidores públicos. A lei federal no 8112, de 11/12/1990, que instituiu o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, prevê, no capítulo das disposições gerais, como decorrência do direito à livre associação sindical, a negociação coletiva (artigo 240, d).

23. Entretanto, a possibilidade de celebração de convenção ou acordo coletivos, além da própria negociação com o Poder Público, vêm sendo objeto de discussão.

Na contestação dessa prerrogativa normalmente são evocados alguns dispositivos constitucionais. O primeiro deles é o artigo 39 ao tratar dos servidores públicos civis e enumerar, em seu parágrafo 2o, os direitos dos trabalhadores comuns (artigo 7o) a ele aplicáveis, omitiu o inciso XXVI que dispõe:

"XXVI - reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho".

Antonio Carlos Flores de Moraes¹², no que se refere ao setor público, entende que não se lhe aplicam as convenções, por serem elas celebradas entre sindicatos de empregados e empregadores e, a partir de uma interpretação semântica do texto constitucional, considera acertada a omissão no parágrafo 2o do artigo 39 do inciso XXVI, pois inexistia até aquela data, com relação a servidores públicos, acordos ou convenções a serem reconhecidas.

O autor não admite, entretanto, que se cerceie o estabelecimento da negociação coletiva entre sindicato e Poder Público, pois este é o instrumento de que dispõe o sindicato para transmissão das expectativas e pretensões da classe que representa, sem o qual ser-lhe-ia negada a própria existência.¹³

De fato, há que se interpretar a norma a partir de determinados critérios lógicos e sistemáticos, como nos ensina Miguel Reale:

"Toda lei tem um significado e um alcance que não são dados pelo arbítrio imaginoso do intérprete, mas ao contrário, revelados pelo exame imparcial do texto. Após essa perquirição filológica, impõe-se um trabalho lógico, pois nenhum dispositivo está separado dos demais....É preciso, pois interpretar as leis segundo seus valores lingüísticos, mas sempre situando-as no

(12) Para o autor o dispositivo constitucional em tela tem sua razão de ser pois ratifica a validade das convenções e acordos à época existentes, afastando qualquer possibilidade de interpretação no sentido de estarem aqueles entendimentos revogados com a vigência da Carta (cf. Antonio Carlos Flores de Moraes, "O Servidor Público e a Associação Sindical", Revista LTr, vol 55 n. 11: 1323-1326, Novembro de 1991).

(13) ob. cit. p.1324

conjunto do sistema.¹⁴

E prossegue:

*" Interpretar um lei importa, previamente, em compreendê-la na plenitude de seus fins sociais, a fim de poder-se, desse modo, determinar o sentido de cada um de seus dispositivos. Somente assim ela é aplicável a todos os casos que corresponde àqueles objetivos".*¹⁵

Nesse mesmo sentido é o argumento de Suzete Carvalho, estampado em artigo brilhante sobre o tema:

*"É expressa, portanto, nossa Constituição Federal ao erigir associação sindical no setor público em liberdade, direito, garantia e princípio. Ora, diz-se que a Constituição não contém palavras inúteis, portanto como não depreender dessa incisiva disposição, no mínimo, o direito ao exercício das prerrogativas mais óbvias do sindicato, consubstanciadas na possibilidade de negociação coletiva..."*¹⁶

Para José Afonso da Silva a negociação coletiva é uma das prerrogativas especiais da associação sindical pela qual cabe aos sindicatos representar, perante as autoridades administrativas e judiciárias, os interesses gerais da categoria ou os interesses individuais dos associados e especialmente celebrar convenções coletivas de trabalho.¹⁷

24. O que se verifica, por outro lado é que alguns autores parecem distinguir entre a prerrogativa de participar de processo de negociação coletiva e a de celebração de convenção ou acordo, remetendo, quanto a esta última, à sua formalização mediante lei.

Antonio Carlos Flores de Moraes observa no que se refere à convenções, por serem celebradas entre sindicatos de empregados e de empregadores, não são, de fato, aplicáveis ao setor público. E acrescenta que a lei pode estabelecer tratamento diferenciado, tratando-se do Poder Público, porque, dispondo ele de outros instrumentos, como a própria lei e o decreto, o acordo pode ser substituído por esses instrumentos legais.^{18 19}

O projeto de lei municipal no 01-0616/91-8, de iniciativa da Prefeita Municipal de São Paulo, também opta pela formalização através de instrumento legal quando assim estipulado na Constituição Federal, na sua Lei Orgânica e nos Estatuto dos Funcionários. É o seguinte o seu texto:

"Art. 8o Os instrumentos celebrados em Negociação Coletiva de Trabalho que,

(14) Miguel Reale, Lições Preliminares de Direito, 16ª Ed. São Paulo, Saraiva, 1988, p. 275.

(15) ob. cit. p. 285.

(16) Suzate de Carvalho, "O Sindicato no Setor Público-Hermenêutica dos Dispositivos Constitucionais Respectivos", Revista LTr, vol. 55 (3): 307-313, Março de 1991.

(17) cf. Curso de Direito Constitucional Positivo, 7ª Ed. Snao Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 1991, p. 266

(18) ob. cit. p. 1324.

(19) Na visão de José Afonso da Silva, em comentário ao artigo 39, XI, a previsão de acordo ou convenção coletiva de trabalho aplicável ao trabalhador comum, para sistema de compensação de horas de trabalho, no que tange aos servidores públicos, só poderia ser instituído mediante lei. ob. p. 584

na conformidade da Constituição Federal, da Lei Orgânica do Município e do Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de São Paulo, só possam ser estabelecidos por lei, terão sua validade condicionada à apreciação e aprovação pela Câmara Municipal.

Parágrafo único - O Executivo remeterá o Projeto de lei à Câmara Municipal, na conformidade do instrumento coletivo que for celebrado com as Entidades Sindicais do Funcionalismo Municipal e no prazo nele estipulado pelas partes."²⁰

A hipótese aqui nos parece outra pois indica estar a exigência ligada ao conteúdo da negociação, ou seja, matéria que depende de lei, e não propriamente a um requisito procedimental para dar validade ao acordo celebrado.

25. No tocante ao objeto da negociação coletiva no setor público, os limites postos ao setor privado devem ser acrescidos dos inafastáveis princípios balisadores da Administração Pública, como a indisponibilidade do interesse público, a supremacia do interesse público sobre o interesse particular e o princípio da legalidade.

26. Outro óbice à admissão da negociação coletiva no setor público diz respeito aos limites estabelecidos pelo artigo 169, como quando se tratar de despesas com pessoal que não poderão exceder os limites estabelecidos em lei complementar. Tal impecilho deve ser afastado pois, como lembra Suzete Carvalho, as dotações podem estar previstas por projeção de despesas.²⁶

27. Embora admissível a negociação coletiva de trabalho no serviço público, como decorrência da liberdade sindical, e em virtude de previsão legal, no processo da negociação surgem entraves que nem sempre podem ser resolvidos com a pura e simples transposição das soluções do direito do trabalho.

Instaurado o processo de negociação coletiva - com a possível criação de um sistema permanente de negociação (Mesa de Negociação) -, ao requerimento deduzido por qualquer das partes deverá corresponder uma resposta da parte contrária. Isso da forma e nos prazos estabelecidos em protocolo que discipline o procedimento da negociação naquela esfera do serviço público.

O resultado da negociação será formalizado através de um acordo coletivo, instrumento escrito, de natureza jurídica contratual que cria imediatamente obrigações para as partes. Não obstante, detendo a Administração interesse público indisponível, deverá sacramentar o acordo através de ato normativo, decreto ou lei, conforme dispuser o diploma que vier a regulamentar o instituto.

Isso por uma razão lógica, por que não pode a Administração, em matéria de servidores públicos, ser mais permissiva no plano coletivo que no plano individual. Isto é, não pode, de um lado, estar obrigada a cumprir com rigor todas as formalidades do estatuto dos servidores públicos civis e, por outro, agir com informalidade e mesmo liberalidade ao tratar com determinada categoria de servidores, representados pelo sindicato em negociação.

CARLOS MOREIRA DE LUCA, aprofunda o tema da relação entre o acordo coletivo e a norma regulamentar com as seguintes considerações:

"(...) a celebração do acordo não exaure o iter da disciplina do emprego público, pois que é determinada ainda a emanção de ato do poder público para a vigência do que tenha sido estabelecido através do acordo.

(20) Publicado no Diário Oficial do Município de São Paulo, 36 (213), sábado, 9 de Novembro de 1991. p. 116

(21) ob. cit. p.310-313.

Essa dualidade de atuações (acordo celebrado pelas delegações que participaram das negociações de um lado, e atos unilaterais do poder público do outro) faz com que se torne necessário definir a natureza e as funções de cada um desses atos."

(.....)

"A construção mais elaborada que se fez para explicar a relação entre acordo e norma tem por autor Orsi Battaglini, que se valeu de categorias conceituais próprias do direito internacional. O pressuposto de tal construção está na identificação de um ordenamento intersindical distinto do estatal: assim o acordo se qualificaria, no ordenamento intersindical, como um verdadeiro contrato, produzindo para as partes uma obrigação, enquanto no ordenamento estatal ele seria um mero pressuposto procedimental. De outro lado, o ato normativo, que no ordenamento do Estado apareceria como fonte unilateral, no intersindical figuraria como cumprimento de uma obrigação (a de introduzir modificações na disciplina da relação de emprego).

A consequência extraída pelo autor de tal colocação é a de que, de um lado, o Governo pode não autorizar a subscrição de acordo por qualquer motivo de mérito; mas não pode introduzir-lhe modificações, senão através de fontes legislativas primárias."

E sintetiza o articulista:

"A conclusão a que chegam os autores é que a diferença entre a contratação coletiva no setor privado e no público é apenas de forma jurídica, não se justificando que assim se mantenha; embora não ignorem as dificuldades (de ordem constitucional e de ordem prática) para que se chegue a uma verdadeira contratação no setor público." ²²

28. No direito do trabalho, quando a negociação coletiva não tem êxito instaura-se o dissídio coletivo, regido pelos artigos 856 a 875 da CLT, o qual se soluciona com prolação de uma "sentença normativa" pelo Tribunal competente.

Esse é o desdobramento normal da disciplina da negociação coletiva, aplicável em caso de insucesso dos mecanismos de conciliação. Não obstante, a sua aplicação no âmbito do serviço público é controvertida, em função do problema do foro competente para o julgamento das questões relativas a servidores públicos.

O artigo 114 da Constituição Federal dispõe:

*"Artigo 114 - Compete à Justiça do Trabalho conciliar e julgar os dissídios individuais e coletivos entre trabalhadores e empregadores, abrangidos os entes de direito público externo e da administração pública direta e indireta dos Municípios, do Distrito Federal, dos Estados e da União, e, na forma da lei, outras controvérsias decorrentes da relação de trabalho, bem como os litígios que tenham origem no cumprimento de suas próprias sentenças, inclusive coletivas.
Parágrafo 1º - Frustrada a negociação coletiva, a s partes poderão eleger árbitros.*

(22) Carlos Moreira de Luca, "Negociação Coletiva no Serviço Público e Disciplina da Greve em Serviços Essenciais na Itália", LTr 55-11:1299

Parágrafo 2º - Recusando-se qualquer das partes à negociação ou à arbitragem, é facultado aos facultado aos respectivos sindicatos ajuizar dissídio coletivo, podendo a Justiça do Trabalho estabelecer normas e condições, respeitadas as disposições convencionais e legais mínimas de proteção ao trabalho."

Segundo a leitura estrita do texto constitucional, realizada por Suzete Carvalho, o foro competente para julgamento das questões "de trabalho", envolvendo trabalhadores e empregadores no serviço público é a Justiça do Trabalho.²³

Não obstante, a tradição jurídica brasileira é no sentido de conceder tratamento diferenciado aos servidores públicos estatutários, regidos por estatuto próprio, e a justiça competente para julgar questões relativas ao funcionalismo é a justiça comum.

Embora o artigo 114 e seus parágrafos sejam meridianamente claros sobre a atribuição de competência à justiça trabalhista para julgamento "dos dissídios entre trabalhadores (note-se, o texto não fala em empregados, mas trabalhadores, lato sensu) e empregadores", "abrangidos os entes da Administração pública direta e indireta dos Municípios, do Distrito Federal e da União", administrativistas de prestígio relutam em entender assim, persistindo na tese de que a justiça trabalhista permanece competente apenas para as questões de "empregados" contratados pela Administração, de acordo com o regime da CLT. Os demais servidores, ditos estatutários, permanecem, para conflitos que envolvam relações de trabalho, sob a jurisdição da justiça comum.²⁴

Como essa é a tradição legal, em todas as esferas da federação, fez-se letra morta do dispositivo, continuando a ser julgados os dissídios sobre relação de trabalho como o eram antes da Constituição de 1988. Havendo relação de emprego, perante a Justiça do Trabalho; tratando-se de estatutários, perante a justiça comum.

Com isso temos irresolvido aspecto importante da negociação coletiva. Como já dissemos, a frustração do processo de negociação enseja a instauração do dissídio coletivo, perante a Justiça do Trabalho, que termina com a prolação de sentença normativa.

Esta difere das decisões comuns, em razão da sua reconhecida eficácia *erga omnes*, em contraposição às primeiras, as quais, como regra geral (excepcionada pelas inovações do mandado de segurança coletivo, da ação civil pública) geram efeitos inter partes. No entender de Orlando Gomes e Elson Gottschalk, "a controvérsia coletiva de interesses não pode ser resolvida senão com critérios de oportunidade econômica e, genericamente, de equidade. Deferida ao juiz, como observa Passarelli, dá lugar a uma atividade formalmente jurisdicional, e materialmente legislativa".²⁵

A se firmar o entendimento de que compete à justiça comum julgar as questões relativas a servidores estatutários, restará o problema dos dissídios coletivos, vez que só a Justiça Trabalhista tem atribuição para a prolação da sentença normativa, nos termos em que acima descrita.

O mesmo foro competente para a instauração do dissídio coletivo o será para as

(23) *ob. cit.* p. 311/312.

(24) José Afonso da Silva *ob. cit.* p. 940. e Hely Lopes Meirelles *ob. cit.* p. 388

(25) *ob. cit.* p. 749.

ações de cumprimento, nos termos do caput do artigo 114.

Convém notar que, embora não regulamentado, esse ponto não tem sido obstáculo, na prática, para a realização da negociação coletiva. Os acordos de que temos notícia trazem cláusula de eleição de foro, recaindo sobre a justiça especializada. Controvérsias coletivas levadas aos Tribunais não o foram ainda em número suficiente para que se firmasse jurisprudência nesse sentido.

À guisa de conclusão se pode extrair que esse é um dos pontos controvertidos da matéria, que, sem se constituir em obstáculo para a realização da negociação coletiva no âmbito do serviço público, há de ser solucionado através da aplicação de analogia com as normas do direito do trabalho, dos princípios gerais de direito e da interpretação sistemática da Constituição, de modo a assegurar a plenitude das garantias da liberdade sindical e da proteção ao trabalho ali previstas.

VI. CONCLUSÕES

29. As metas de racionalização e otimização do serviço público na área da saúde, através do aumento da produtividade e da qualidade do serviço, serão alcançadas com a implantação, plena e eficaz, da política de recursos humanos prevista no artigo 39 da Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde e demais textos que disciplinam o regime jurídico dos servidores públicos, nas diversas esferas federativas.

Essa política de recursos humanos envolve, em primeiro plano, aspectos tradicionalmente desenvolvidos no setor privado, diretamente relacionados com o trabalhador, quais sejam, salários, condições de trabalho, planos de carreira, benefícios etc. No setor público, no entanto, a prevalência do interesse público altera a substância do relacionamento entre trabalhador (servidor público) e empregador (o ente estatal), de tal maneira que essa relação deve ser orientada para obter o melhor serviço para o usuário final, a coletividade.

A atuação estatal hábil a melhorar os índices de produtividade e qualidade do serviço público de saúde resultará da adoção de um conjunto de medidas, entre as quais se incluem os estatutos dos servidores públicos, planos de carreira, um sistema de produção e coleta de índices de desempenho, bem como a plena garantia da liberdade sindical e a realização da negociação coletiva.

Cabe ressaltar, finalmente, que todas essas medidas necessitam de um instrumento e via legalmente previstos. Entretanto, a recíproca não é verdadeira, não bastando a formalização para que elas ganhem eficácia. Uma vez formalizados os instrumentos, a ausência de determinação política de aplicação rigorosa das metas propostas ao serviço público colocará a perder todo o empenho legislativo investido.

Relembre-se o comentário de BANDEIRA DE MELLO, de que as grandes burlas e fraudes às restrições impostas aos servidores públicos provêm, tradicionalmente, no sistema brasileiro, de dentro do próprio sistema, sendo reguladas por outras leis que vêm agasalhar a distorção da política formulada para o serviço público.

30. A negociação coletiva é um entre vários instrumentos capazes de pôr fim à alienação dos servidores em relação ao próprio serviço, envolvendo-os na responsabilidade pela organização do serviço e seus resultados.

Não é, ressaltamos, panacéia que vá encerrar as mazelas do serviço público acumuladas numa tradição de muitos anos. Ainda assim, como instrumento de larga

utilização nas relações trabalhistas privadas, traz uma história de indiscutíveis resultados. Dentro da estratégia da Administração para a melhoria da qualidade e o aumento da produtividade no serviço público, com certeza será um instrumento de importante utilização, especialmente em razão de seu caráter de conciliação e de colaboração dos servidores, não apenas com o empregador, mas com o serviço público e seus efeitos para a comunidade.

31. Sob o ponto de vista estritamente legal e constitucional, a conclusão a que chegamos com o presente estudo é que a negociação coletiva de trabalho foi admitida no âmbito do serviço público, como decorrência lógica e indissociável da liberdade de organização sindical, prevista no inciso VI do artigo 37 da Constituição Federal. As limitações do artigo 169 e a omissão do parágrafo 2o do artigo 39 não podem ser interpretadas no sentido de limitar o direito dos servidores públicos civis de realizar negociação coletiva de trabalho, porque isso contraria a estruturação sistemática do texto constitucional.

32. A negociação coletiva no âmbito do serviço público, ainda que necessite de certas definições e procedimentos que esclareçam a sua forma de aplicação, é auto-aplicável, não dependendo de lei que a regule para ser plenamente eficaz. À falta de regulamento, as lacunas quanto ao procedimento, alcance, limites e outros aspectos pertinentes ao tema da negociação coletiva serão resolvidos pela aplicação de analogia com a negociação coletiva de direito do trabalho e dos princípios gerais de direito, de modo a fazer prevalecer a indisponibilidade do interesse público, as garantias ao trabalho e a liberdade sindical.

33. Conquanto seja instituto originário do direito do trabalho, largamente experimentado nas relações do direito privado, a negociação coletiva deve vencer as resistências dos teóricos de direito público e do trabalho, dos administradores e dos Tribunais, de modo a que venha a se configurar numa disciplina das relações de trabalho na esfera pública, somatório dos ensinamentos do direito do trabalho e do direito administrativo, capaz de conciliar os princípios acima enumerados.

NEGOCIAÇÃO COLETIVA DO TRABALHO NO SETOR PÚBLICO: UM RESULTADO EM CAMPINAS

David Braga Jr.*

INTRODUÇÃO

As relações no trabalho no setor público são regidas por um Estatuto e complementarmente por instrumentos normativos, que são os Decretos, Portarias, Normas e Leis.

Para os funcionários que não estão regidos pelo Estatuto existe um contrato que obedece a Consolidação das Leis do Trabalho (C.L.T.), complementada pelas normas emanadas dos instrumentos já citados.

No entanto, na prática, os conflitos decorrentes das atividades cotidianas não conseguem ser resolvidos por esses instrumentos jurídico-burocráticos, colocando com muita frequência a Administração e os servidores em posição de confronto. A impossibilidade de resolver essas situações acaba por provocar desmotivação para os servidores e desgaste para a Administração. Qualquer que seja o resultado desses enfrentamentos sempre acaba por causar prejuízo para os usuários que, além de clientes desses serviços, são, como cidadãos, os financiadores dos sistemas de serviços públicos.

Paralelamente, em decorrência da impropriedade dos instrumentos normativos (estatutos e contratos), para dar solução aos conflitos surge uma verdadeira "indústria" que, pautada nesses mesmos atos, leva para os tribunais a suposta discussão e equacionamento dos desentendimentos decorrentes do processo de trabalho. Procuradores dos órgãos públicos e advogados trabalhistas, vinculados ou não aos Sindicatos, desencadeiam verdadeiras avalanches de **reclamações trabalhistas** que atulham as Delegacias e os Tribunais do Trabalho.

Longe de resolver os conflitos gerados no processo de trabalho, as reclamações trabalhistas criam uma falsa expectativa de soluções que jamais ocorrem no tempo de evitar maiores prejuízos aos usuários dos serviços públicos.

Buscando redirecionar e encontrar formas alternativas de solução para esta inevitável fonte de conflitos cotidianos, e sem ferir os princípios da **liberdade contratual: de proteção ao trabalho, da ordem pública, da moral, da liberdade**

* Professor da FCM/PUC-Campinas, ex-Diretor do Departamento de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e ex-Presidente do Hospital Municipal "Dr. Mário Gatti" - Campinas.

sindical, da indisponibilidade do interesse público e da supremacia do interesse público sobre o interesse particular, realizamos na Prefeitura de Campinas uma mesa de negociação dentro de um Processo Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho, que permitiu encontrar soluções rápidas para uma situação de conflito envolvendo os servidores da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti com a Administração, durante o segundo semestre de 1992.

Este trabalho foi redigido com o objetivo de, ao ser divulgado, propiciar aos gestores de sistemas ou de serviços públicos a visualização de alternativas para a difícil arte de administrar no setor público com eficácia, eficiência, efetividade e equidade. Não tem a pretensão de ser um trabalho estritamente científico, mas deverá indicar caminhos e facilitar o acesso a informações de ordem teórica, tão necessárias para manter os frágeis equilíbrios técnico-políticos que permeiam a organização dos nossos serviços públicos.

2. PERFIL DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

O município de Campinas está situado a 100 km da cidade de São Paulo, tem uma população de 850 mil habitantes e é polo de influência para uma população de aproximadamente 1,5 milhão de pessoas, na região mais industrializada do interior do Estado de São Paulo.

A Prefeitura de Campinas tem aproximadamente 11.000 servidores, sendo que 3.000 deles estão lotados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A SMS conta com um órgão central; 46 unidades prestadoras de serviço ambulatorial, sendo 40 Centros de Saúde e 6 unidades especializadas; um Hospital e Pronto-Socorro com 120 leitos; um Laboratório de Patologia Clínica; um Centro de Vigilâncias; um Serviço de Controle de Zoonoses; um Almoxarifado e uma frota de ambulâncias.

Dentre os grandes municípios do Brasil, é um polo importante de incorporação e divulgação de tecnologia - particularmente na área de Saúde Pública, o município tem se destacado pelos investimentos e pelo grau de organização que tem empreendido ao longo dos últimos 12 anos. É fonte de referência nacional nesta área para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

3. UM POUCO DA HISTÓRIA DO PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO COLETIVA DE TRABALHO NO MUNICÍPIO

A penúltima gestão municipal, iniciada em janeiro de 1989, eleita pelo Partido dos Trabalhadores (PT), teve como Prefeito um sindicalista e fundador do PT e da Central Única dos Trabalhadores (CUT).

Nos dois primeiros anos da gestão, dentro do programa do PT, foram feitas algumas tentativas de instalar um processo de negociação coletiva e permanente do trabalho, que foi normatizada pelo Decreto n. 10.213, de 22 de agosto de 1990. Por esse Decreto foi criada a Comissão Permanente de Negociação (CPN), bem como foram estabelecidas as regras e procedimentos suficientes para garantir o caráter legal e a formalização da matéria produzida no processo de negociação.

No entanto, a ruptura política ocorrida entre o Governo Municipal e o Partido provocou sérios danos ao processo de negociação e, apesar da manutenção da CPN,

pouco se conseguiu realizar em termos de resultados. O próprio processo de negociação não avançou.

Em consequência, as relações de trabalho de um modo geral caminharam para um acirramento dos conflitos naturais do funcionalismo com a Administração, incluindo-se aí alguns períodos de greve prolongados, especialmente no ano de 1992.

As relações da Administração e do Governo com o Sindicato dos Servidores Municipais também pioraram muito e o confronto passa a ser a lógica do relacionamento.

Dentro desse cenário, questões importantes deixaram de ser discutidas. Na área da saúde, onde a principal característica é a prestação direta de serviço ao usuário, a situação tornou-se crítica.

Especialmente na área da saúde, que congrega cerca de 3.000 funcionários em 50 unidades distribuídas pela cidade, havia uma reivindicação antiga mas consensual entre os servidores de que a jornada de trabalho mais racional, e de melhor resultado para os usuários e funcionários, era a de seis horas contínuas e não a de oito horas em dois turnos de quatro. Havia também uma certa predisposição e reação por parte das Secretarias relacionadas a administração de pessoal em relação à Secretaria Municipal de Saúde e as suas jornadas de trabalho muito diversas daquelas mais tradicionais para uma Prefeitura. Deve-se chamar a atenção ainda para a novidade que representa para as prefeituras a implantação de grandes redes de serviço de saúde e a incorporação de antigas estruturas e funcionários das redes públicas estadual e federal.

A cultura burocrático-administrativa da Prefeitura está em fase de adaptação com as demandas geradas pela SMS em decorrência dos avanços na implantação do SUS, o que provoca dificuldades de compreensão e atritos inevitáveis dentro da máquina administrativa.

Na ausência de um canal de negociação efetiva, cerca de 300 funcionários da rede municipal de saúde organizaram-se num movimento e passaram a cumprir jornada de 30 horas semanais em turnos contínuos de 6 horas diárias, a partir de outubro de 1992.

Esse fato desencadeou a necessidade de encontrar-se rapidamente uma solução para o problema instalado, não só pela desorganização que provocou na instituição como pelas consequências trabalhistas a que ficaram expostos esses funcionários.

Só havia dois caminhos para enfrentar a situação: o tradicional jurídico-burocrático ou iniciar um processo de negociação que equacionasse por consenso o problema, sem provocar danos aos usuários do Serviço Público de Saúde.

Na opção pela negociação dentro das regras do processo formal instaurou-se um Grupo de Trabalho (Mesa de Negociação), onde debateu-se não só a questão principal do problema mas, e o que talvez tenha sido o resultado mais importante: - inaugurou-se uma nova forma de relação dentro das instâncias do Poder Jurídico-Administrativo e de Governo com o Sindicato e os Servidores Municipais. Os ganhos com o processo foram simplesmente fantásticos. Após uma convivência conflituosa, desgastante e desorganizada de quatro anos, todos os envolvidos perceberam na prática a existência de uma metodologia eficiente, capaz de demover preconceitos, não prejudicar usuários e obter resultados legítimos para as partes envolvidas.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS), órgão legalmente constituído para representar os usuários e deliberar sobre a organização e funcionamento do SUS no município, acompanhou o desenrolar das negociações, no entanto, não houve tempo para um aprofundamento dessa participação no processo, o que certamente teria não só

enriquecido os debates, bem como poderia ter acrescentado ao produto da matéria negociada a indispensável validação dos usuários, legitimando, através do controle social direto, o avanço que representa a busca do consenso entre as partes envolvidas para a solução dos conflitos decorrentes do processo de trabalho no setor público.

4. O PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO

A negociação foi formalmente instalada pela Portaria do Prefeito de n. 27.799, em 20 de outubro de 1992. Por essa Portaria foi criado um Grupo de Trabalho (Mesa de Negociação) com o objetivo de apresentar à Comissão Permanente de Negociação (CPN), conforme o Decreto n. 10.213, de 22 de agosto de 1990, um relatório síntese da matéria negociada, com justificativas e compromissos estabelecidos, bem como um ante-projeto do instrumento normativo desejado para equacionar o conflito.

A composição deste "grupo" obedeceu a seguinte determinação: 3 representantes da Prefeitura, sendo 1 da Secretaria de Administração, 1 da Secretaria dos Negócios Jurídicos e 1 da Secretaria de Saúde; 2 representantes da Comissão dos Servidores, eleitos em Assembléia; 2 representantes do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais.

Na prática os representantes nomeados mantiveram estreita relação com suas bases de representação e toda matéria negociada foi passo a passo sendo debatida concomitantemente na "Mesa de Negociação" e em paralelo no movimento dos servidores, no Sindicato dos funcionários, na Prefeitura, no Conselho de Governo e no Colegiado de Coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde.

É importante destacar que a riqueza do processo de negociação fez com que alguns dos membros da própria CPN passassem a frequentar a Mesa de Negociação, tendo sido muito importante a participação do Secretário da Administração e do Secretário da Saúde, que abreviaram, com suas presenças, o processo de tomada de decisão, uma vez que detinham legalmente poderes para isso em nome do governo.

A coordenação da Mesa foi decidida pelo próprio grupo, cabendo ao Diretor de Saúde essa tarefa. A secretaria e arquivamento das atas couberam ao Sindicato dos Servidores Públicos Municipais, conjuntamente com a Secretaria da Administração. A redação do ante-projeto a ser enviado à CPN, e posteriormente ao Prefeito, ficou por conta do representante da Secretaria dos Negócios Jurídicos.

O relatório final do grupo, que tem o caráter de um acordo coletivo sobre uma questão específica, estabelecendo justificativas, compromissos, a proposta de regulamentação da jornada, foi redigido coletivamente pelo grupo, levando a chancela final do Secretário da Administração, do Secretário da Saúde, do Presidente do Hospital Municipal, do Presidente do Sindicato dos Servidores, dos assessores jurídicos do Sindicato e da Prefeitura e dos participantes nomeados pela Portaria que o criou.

O relatório, acompanhado pelo ante-projeto de lei de flexibilização da jornada de trabalho dos servidores da Prefeitura Municipal de Campinas, foi aprovado pela CPN e apresentado ao Prefeito que, concordando com seus termos, remeteu-o à Câmara de Vereadores.

Nessa fase foi importante o papel do movimento dos servidores, cujos membros procuraram individualmente os vereadores e suas assessorias, bem como as comissões formais da Câmara, num trabalho de esclarecimentos e demonstração da preocupação e

respeito pelos órgãos decisórios do poder público.

Diante desse quadro a Câmara analisou e aprovou a Lei Municipal n. 7363, que flexibilizou a duração da jornada de trabalho dos servidores municipais, regularizou as jornadas realizadas em sistema de plantão, atribuiu e assegurou a participação da CPN na solução dos conflitos individuais e coletivos decorrentes da aplicação desta lei, bem como na sua alteração ou regulamentação. O Prefeito Municipal sancionou esta Lei em 07 de dezembro de 1992.

O relatório do grupo e o texto da Lei estão anexados e devem ser vistos para que se compreenda melhor como se deu o processo de negociação.

5. CONCLUSÕES

Um conflito com duração de anos, causando desmotivação e angústia para os servidores.

Uma necessidade administrativa de ampliar o horário de atendimento dos Centros de Saúde, impedida de ocorrer pelos custos que representava, caso fossem mantidas jornadas de oito horas em turno de quatro com intervalo de duas horas.

Uma burocracia incapaz de encontrar uma solução para o problema.

Usuários deixando de ser beneficiados com a expansão do horário de atendimento dos Centros de Saúde.

Estas quatro constatações, acrescidas dos termos do acordo coletivamente firmado, são suficientes para nos convencer de que o processo de negociação de caráter permanente, formalmente implantado, regido, coordenado e arbitrado pelas próprias partes envolvidas, respeitador dos princípios constitucionais e sob a égide do controle social, é um importante instrumento não só de mediação de conflitos decorrentes das relações no trabalho, mas fundamental para a consolidação de políticas públicas efetivamente comprometidas com os interesses da população.

ANEXO I - "Relatório do Grupo de Trabalho constituído pela Portaria 27.799/93 para subsidiar a Comissão Permanente de Negociação - CPN"

1. Objetivo

Propor medidas regulamentadoras da jornada de trabalho na área da saúde e das relações de trabalho no Setor Público Municipal de Campinas.

2. Introdução

O grupo de trabalho designado pela Portaria 27.799/92 realizou estudos e reuniões envolvendo a representação dos trabalhadores da área da saúde, a direção do Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Municipal de Campinas e sua assessoria jurídica, o Secretário de Administração, o Secretário Municipal de Saúde, Procuradores representantes da Secretaria dos Negócios Jurídicos, o Presidente do Hospital Mário Gatti e outros técnicos das áreas envolvidas, com o objetivo de propor à CPN protocolo de alteração da jornada de trabalho dos funcionários envolvidos com a prestação da assistência e preservação da saúde da população de Campinas, lotados na Secretaria Municipal de Saúde e nas autarquias municipais a ela relacionadas.

As atas das reuniões, bem como as deliberações tomadas pelo grupo, encontram-se arquivadas na Secretaria Municipal de Administração e na secretaria do Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Municipal de Campinas.

Adotou-se para essas discussões as regras contidas no Decreto Municipal n. 10.213/90.

Como princípios básicos que nortearam os trabalhos ficou estabelecido que:

- nenhuma alteração poderia ser proposta caso não pudesse ser demonstrado que não haveria prejuízo aos usuários do Sistema de Saúde;
- todo novo direito a ser estabelecido necessariamente implicaria, na contrapartida, indicar uma nova obrigação a ser contratada.

Diante destes princípios básicos ficou estabelecido um termo que contém as justificativas que nortearam o pleito de redução de jornada dos trabalhadores da área da saúde, com destaque para o item que descreve o conjunto de obrigações pactuadas entre os representantes legais dos funcionários e a Secretaria Municipal de Saúde, cujo teor está exposto a seguir.

3. Exposição de Motivos para justificar a flexibilidade de jornada

3.1. Considerações Gerais

A crescente demanda atendida pelo Sistema Público de Saúde e o grau de complexidade das atividades profissionais da área evoluem concomitantemente com a implantação do Sistema Único de Saúde

Os profissionais de saúde, cientes de seu compromisso com o bem público e com a população, procuram, através da reivindicação de flexibilidade das jornadas contratuais de trabalho, criar condições exatamente para acompanhar esse processo de ampliação do atendimento, de atuação em diferentes níveis de resolutividade e complexidade, enfim ,

de caminhar para a consolidação do SUS em seu modelo de assistência integral à saúde, garantindo ainda aos trabalhadores, que são os artífices dessa construção, as condições necessárias para o pleno e bem qualificado desenvolvimento de suas atividades, aumentando sua satisfação e diminuindo a rotatividade de mão de obra que se capacita no serviço público.

A área do atendimento à saúde e à doença apresenta inobjetaíveis peculiaridades, que vão desde a convivência cotidiana com a dor e o sofrimento, até as amplas responsabilidades na manutenção e preservação da vida.

A particularidade mais evidente se dá a partir da constante ameaça à saúde que qualquer cidadão está exposto, com a conseqüente necessidade dos serviços e seus profissionais estarem adequadamente estimulados e dimensionados para esta atuação.

A possibilidade de flexibilização de jornada de trabalho para a área da saúde vem por se constituir na adequação funcional para melhoria dos serviços, a exemplo do que já se vem fazendo no setor privado.

3.2. Desgaste Ocupacional no Processo de Assistência

Diferentemente de outras áreas, os trabalhadores que lidam com a assistência à população na área da saúde estão expostos a vários fatores que levam a considerável desgaste ocupacional do próprio desenvolvimento de suas atividades.

Há uma relação direta entre o processo de trabalho e o consumidor. Isto é, o produto do trabalho do profissional de saúde é consumido instantaneamente, no ato da relação entre o profissional e seu "cliente".

O fato de se lidar diretamente com a angústia, a dor e o sofrimento da população, atribui ao profissional a responsabilidade de estar "inteiro" para o exercício de suas funções. Não há como negar que, apesar de não se furtar a essa responsabilidade, o excesso de carga de trabalho e exposição do trabalhador às mazelas da vida faz com que seguidamente haja um processo de degradação de seu próprio bem estar e saúde, contribuindo decididamente para a concretização desse tipo de desgaste ocupacional com inevitáveis conseqüências no desempenho das funções.

Neste contexto, a luta pela "flexibilização da jornada" é a luta pelo direito de se ter uma jornada de trabalho que seja condizente à preservação do próprio bem estar e aprimoramento da qualidade das ações desenvolvidas individualmente ou em equipe. Direito esse que advenha da livre opção e concilie expectativa de vida de cada pessoa ao seu melhor desempenho profissional.

3.3. Necessidade de Capacitação Profissional Permanente

O setor saúde é onde mais se fazem sentir as inovações tecnológicas da sociedade moderna.

Seja na área de produção de fármacos, na de recursos diagnósticos, na de reabilitação, como também na de técnicas de recuperação da doença, há necessidade de permanentemente se recorrer a informações e se submeter a constantes processos de reciclagens, capacitação e formação profissional propriamente dita.

A capacitação profissional pode e deve se dar dentro e fora da Instituição, dependendo do interesse e da necessidade desta e do trabalhador.

É dever e deve ser prioridade da Instituição, em nome da melhoria da qualidade de atendimento à população, procurar manter esquemas que possam garantir esse processo de capacitação profissional, levando em conta também a necessidade de se ter mecanismos que estimulem o trabalhador a ter evolução dentro de sua carreira.

A possibilidade de se ter jornadas de trabalho menores, tanto no que diz respeito ao desgaste físico derivado da atividade laboral, quanto à compatibilização de horários, abre as portas para que se tenha dentro dos serviços públicos profissionais que acompanhem a evolução das inovações técnicas e tecnológicas, além de criar mecanismos de estímulos para a diminuição da atual rotatividade no serviço público, levando assim à permanência de bons profissionais, o que certamente será revertido em benefício do serviço e da população.

3.4. Organização dos Serviços

Considerando as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde à luz do Sistema Único de Saúde (SUS), e ainda os parâmetros utilizados nos anos anteriores para o planejamento e avaliação das atividades dos serviços de saúde, entende-se que a proposta da opção de jornada deve ter como parâmetro fundamental a manutenção e melhoria da quantidade e da qualidade dos serviços prestados.

Desta forma, caberá à Administração Pública Municipal a definição de condições para a implantação da opção de jornadas de trabalho para o funcionalismo do SUS-Campinas, a partir do interesse do funcionário e da necessidade institucional que, por extensão, é a dos seus usuários.

Entende-se que deverá estar garantida a execução das atividades laborais de forma que a composição de jornadas permita melhorar o desempenho geral do funcionalismo, devendo salientar que a proposta em si não deverá aumentar de forma significativa as necessidades, hoje já existentes, de recursos humanos.

A possibilidade de se montar dois turnos de seis horas diárias nos serviços de saúde implica:

- na otimização e na ampliação do horário de atendimento em quatro horas diárias, considerando que não haja interrupção de duas horas de trabalho para o almoço e que o serviço passe a fechar às dezenove e não às dezessete como é hoje;
- num maior comprometimento do funcionário para dar conta da assistência ininterrupta;
- num melhor aproveitamento de outros profissionais, principalmente o médico, na medida em que se amplia a possibilidade de horário de trabalho para este profissional;
- na otimização dos espaços físicos e dos equipamentos;
- a curto prazo, num aumento de produção, na medida em que a população passa a usufruir mais dos serviços pela ampliação do período de funcionamento e pela possibilidade de funcionários mais presentes, pois não há mais necessidade de saídas para banco, consultas eletivas médicas, reuniões em escola de filhos, etc.;
- na eliminação gradativa do número de horas extras considerando que a reestruturação dos serviços em turno de seis horas, propicia ao Coordenador da unidade de saúde instrumento de análise que permite equacionar e estabelecer as necessidades reais da cobertura da assistência.

Nos âmbitos gerenciais local, regional e central fica assegurada, em qualquer das

unidades ou serviços, a prestação da assistência no mínimo o equivalente a quarenta horas semanais na jornada comum dos expedientes das repartições públicas municipais.

Os funcionários no âmbito gerencial devem constituir-se para efeito de opção de jornada em dois grupos:

- os que não podem optar pela jornada semanal menor que as quarenta horas, ou seja, os Diretores, Chefes, Coordenadores, Supervisores e integrantes das equipes técnicas que realizam trabalhos de assessoria permanente a atividades e projetos.

- os que podem optar por outras jornadas semanais e que estão incumbidos das atividades técnico-operacionais e de apoio à assistência direta.

3.5. Compromissos assumidos frente à flexibilidade da jornada

Os funcionários de âmbito de prestação de serviços poderão compor jornadas alternativas assegurando:

1. o funcionamento ininterrupto dos hospitais nas atividades de pronto socorro e internação;

2. a recepção aos usuários nos demais serviços, bem como a dispensação de medicamentos;

3. a manutenção da assistência aos programas de atendimento dos Centros de Saúde, Policlínicas e demais Ambulatórios, incluídas as atividades de assistência social e laboratorial;

4. manutenção do agendamento de consultas de rotina, com dia e hora marcados, para as grandes especialidades (pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica e cirurgia), para as atividades de saúde mental (incluída a assistência à desospitalização) e da saúde bucal, bem como das demais especialidades;

5. manutenção das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, com destaque para as atividades de vacinação, de controle e registro adequado das doenças de notificação compulsória ou sob vigilância epidemiológica, das coberturas vacinais e das visitas domiciliares e ambientais;

6. demais procedimentos de enfermagem como curativos, inalações, verificação de sinais vitais, ministração de medicamentos, coletas de materiais biológicos, etc.;

7. manutenção da coleta de citologia oncótica nos casos indicados, incluídas as atividades educativas correspondentes;

8. manutenção das atividades educativas e terapêuticas de grupo, como no caso da puericultura e amamentação, dos hipertensos, diabéticos, dos adolescentes e menopausadas, do planejamento familiar e pré-natal, dos psicóticos, dos alcoolistas, familiares e outros;

9. manutenção das atividades de fisioterapia, fonoaudiologia, laborterapia e saúde ocupacional;

10. manutenção de retaguarda às escolas, creches e outros equipamentos assemelhados da área de cobertura da unidade ou serviço;

11. acompanhamento dos alunos do Projeto Larga Escala;

12. manutenção das reuniões periódicas da equipe e Conselho Local de Saúde.

4. Proposta de Regulamentação da Jornada

No entender do grupo de trabalho, e por unanimidade, estabeleceu-se a seguinte

proposta de regulamentação da jornada de trabalho para os trabalhadores do Serviço Público Municipal lotados na Secretaria Municipal de Saúde e autarquias a ela vinculadas:

1. A todos os trabalhadores do Serviço Público de Campinas, lotados na Secretaria Municipal de Saúde ou em autarquias a ela vinculadas, fica garantido o direito de opção por alteração de jornada de trabalho na forma deste acordo.

2. Os ocupantes de cargos ou empregos não específicos da Secretaria de Saúde poderão beneficiar-se do presente acordo. Ao deixarem de estar lotados na Secretaria, de acordo com o previsto no item 1, deverão retornar à jornada de origem, não gerando a opção efetuada direito adquirido.

3. Não será permitida a opção prevista para os servidores que estiverem ocupando cargos de chefia, funções gratificadas e cargos em comissão.

4. As jornadas para cada cargo ou emprego previstas no protocolo de alteração de jornada modificam, naquilo que for incompatível, o disposto nas tabelas anexas das leis 667/91 e 7017/92, que alteraram o Plano de Cargos e Empregos no Município.

5. O cálculo do vencimento padrão ou salário base do trabalhador será efetuado proporcionalmente a jornada.

Para que seja válida esta proposta, que é consensual no grupo, foram feitas as seguintes sugestões de encaminhamentos:

- que o artigo 134 da Lei Orgânica do Município seja regulamentado pelos respectivos representantes jurídicos junto à CPN e que a mensagem seja enviada ao Legislativo para discussão e criação da Lei complementar necessária para a regularização da jornada;

- que a CPN solicite ao Senhor Prefeito Municipal autorização da Câmara Municipal para implantação do Sistema Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho, objetivando o Contrato Coletivo de Trabalho;

- que seja aprovado pela CPN e pelo Senhor Chefe do Executivo Municipal um protocolo contendo um Termo Aditivo ao Contrato de Trabalho e relações estatutárias dos funcionários da Saúde e Autarquias para que, por opção dos trabalhadores, sejam realizadas mudanças nas respectivas jornadas individuais de trabalho;

- que este protocolo, se aprovado pela CPN, seja registrado na Sub-Delegacia Regional do Trabalho;

- havendo autorização da Câmara Municipal para implementação do Sistema Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho, que a CPN instale um grupo específico para elaboração do protocolo de auto-regulamentação deste Sistema;

- que, aprovado o protocolo de auto-regulamentação, sejam ele e o protocolo de alteração de jornada dos trabalhadores da área de saúde e qualquer outro que venha ser firmado na vigência desta Administração, os constituintes do Primeiro Acordo Coletivo de Trabalho do Setor Público Municipal do Brasil;

- que este acordo coletivo, acrescido das resoluções do próximo dissídio coletivo da categoria, constituam o Primeiro Contrato Coletivo de Trabalho do Setor Público Brasileiro.

5. Cronograma de Implantação da Opção de Jornada

Como última atividade do grupo foi elaborada uma proposta de cronograma de

implantação do processo de opção e das novas jornadas, com o seguinte conteúdo:

1. Os trabalhadores que desejarem optar por alteração de jornada deverão manifestar sua vontade, através de Termo de Opção Irretratável, fornecido pelo setor competente da Secretaria de Saúde, até cinco dias úteis contados a partir da vigência do presente protocolo.

2. O servidor que não exercitar sua opção dentro do prazo previsto no item 1, por motivo de licenças legais, suspensão contratual, penalidade administrativa e férias, poderão fazê-lo dentro de cinco dias úteis a contar da data de seu retorno.

3. No caso de opção por ampliação de jornada, a Secretaria de Saúde decidirá a viabilidade da mesma, atendendo o interesse do Serviço Público, no prazo de noventa dias, aguardando o interessado no exercício de sua jornada normal. Caso decida-se pela ampliação solicitada, o cumprimento da nova jornada fica autorizado a partir do primeiro dia útil do mês subsequente.

4. Novas opções somente poderão ser efetuadas após um ano, contado do término da implantação prevista no item 5 e observados os princípios básicos constantes no item 3.5. deste relatório.

5. O direito de nova opção fica condicionado a um intervalo mínimo de um ano na nova jornada.

6. A partir do primeiro dia útil do mês subsequente à opção de redução, fica autorizado o cumprimento da nova jornada.

7. Fica preservada a aplicação do contido no artigo 20 e seus parágrafos, da Lei 6767/91, que se referem ao cálculo de proventos de aposentadoria.

8. As opções de jornadas por Família Ocupacional são as seguintes:

- Famílias Ocupacionais Operacional e Administrativa: jornada de trinta e quarenta horas;

- Família Ocupacional Universitária de profissionais não específicos da área da saúde: jornada de trinta e quarenta horas;

- Família Ocupacional Universitária de profissionais específicos da área de saúde (Analista Clínico, Biólogo, Bioquímico, Enfermeiro em todas as suas especialidades, Farmacêutico, Dentista, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico em todas as suas especialidades, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional): jornada de doze, vinte, vinte e quatro, trinta e quarenta horas.

Observações:

1. As opções de jornada por plantões de 12x36 ficam vinculadas às unidades de saúde prestadoras de serviço 24 horas, tipo hospital e pronto-socorro.

2. As opções de jornada de 12 horas semanais ficam restritas as vagas abertas pela Secretaria Municipal de Saúde para aquelas unidades que, de acordo com o Plano Diretor de Saúde do Município, prestem serviços de pronto atendimento ou estejam vinculadas a projetos específicos.

Sendo o que cabia relatar finalizamos este relatório solicitando à CPN que faça a apreciação desta proposta, ao mesmo tempo que o grupo se coloca à disposição para os esclarecimentos técnicos e políticos necessários para mais perfeita interpretação do trabalho realizado.

Campinas, 28 de outubro de 1992"

ANEXO II - "Decreto N. 10.213 de 22 de agosto de 1990 - Dispõe sobre a Comissão Permanente de Negociações (CPN)"

O Prefeito Municipal de Caminas, no uso de suas atribuições legais e, CONSIDERANDO a necessidade de manter órgão paritário mediador de negociações permanentes que envolvam as relações e os conflitos individuais e coletivos de trabalho, no âmbito da Administração Municipal; CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação e implantação do Regime Jurídico Único (Art 9 das Disposições Transitórias da LOM), bem como do desencadeamento de projetos prioritários na área administrativa, tais como a reforma administrativa da Prefeitura Municipal de Campinas, o Plano de Carreira Funcional, o Plano de Cargos/Empregos, o Estatuto do Servidor e o Sistema Previdenciário dos Servidores,

DECRETA:

Artigo 1 - Fica criada a COMISSÃO PERMANENTE DE NEGOCIAÇÃO (CPN), com o objetivo de solucionar conflitos individuais ou coletivos, surgidos na prestação de serviços e relações de trabalho

I - a CPN participará, ainda, das discussões dos estudos sobre regulamentação do Regime Jurídico Único - Estatutário, Reforma Administrativa, Plano de Carreira Funcional, Plano de Cargos/Empregos, Estatuto do Servidor e Sistema Previdenciário dos Servidores.

Parágrafo 1. - Para o cumprimento de seu mister, a COMISSÃO poderá propor a criação de "Grupos de Trabalho", determinando-lhes etapas e prazos para a conclusão dos trabalhos que lhes forem cometidos.

Parágrafo 2. - Os "Grupos de Trabalho" serão instituídos por Portarias do Sr. Prefeito Municipal, e seus elementos serão indicados pelos titulares das Secretarias envolvidas com a matéria, no máximo um elemento por assunto e mais um representante do Sindicato.

Parágrafo 3. - Cabe à COMISSÃO PERMANENTE DE NEGOCIAÇÃO a supervisão dos trabalhos dos "Grupos de Trabalho", que deverão apresentar suas propostas em forma de anteprojeto do ato administrativo cabível para a espécie, sendo passíveis de convocação para prestar esclarecimentos.

Parágrafo 4. - Observar-se-á o princípio da autonomia e independência das partes, da transparência administrativa, prioridade às soluções negociadas e da autonomia e liberdade sindical.

Artigo 2. - A COMISSÃO PERMANENTE DE NEGOCIAÇÃO (CPN) será integrada por:

I - 03 (três) representantes da Prefeitura Municipal;

II - 03 (três) representantes do Sindicato (sendo que estes deverão ser servidores sindicalizados);

III - 06 (seis) suplentes, sendo 03 (três) para cada uma das partes.

Parágrafo 1. - A coordenação da COMISSÃO será exercida pelo Sr. Secretário de Administração, na qualidade de membro nato dentre os representantes da Prefeitura, ou pessoa por ele designada.

a) os membros da CPN serão nomeados através de Portaria do Sr. Prefeito Municipal."

ANEXO III - "Lei N. 7363, de 07 de dezembro de 1992 - Dispõe sobre a redução de jornada de trabalho dos servidores municipais e dá outras providências

A Câmara Municipal aprovou e eu, Prefeito do Município de Campinas, sanciono e promulgo a seguinte lei:

Artigo 1. - A jornada de trabalho dos servidores públicos municipais, com fundamento no disposto no parágrafo 15 do artigo 134 da Lei Orgânica, poderá ser reduzida, observadas as normas estabelecidas nesta lei.

Artigo 2. - Nenhuma jornada de trabalho poderá ser inferior a 6 horas diárias e 30 horas semanais, salvo aquelas legalmente previstas com outros limites.

Parágrafo Único - Não será permitida a redução de jornada para os servidores no exercício de cargo em comissão ou de função gratificada.

Artigo 3. - A redução de jornada de trabalho deverá ser requerida pelo servidor interessado e poderá ser autorizada pelo Prefeito ou por autoridade com competência delegada, desde que:

I - não implique em aumento do quadro de pessoal, salvo se ocorrer criação, ampliação ou aumento de serviço público devidamente comprovado;

II - a redução de jornada não implique na realização de horas extras ou na contratação de pessoal temporário, ressalvadas as exceções legais;

III - não contrarie o interesse público e assegure atendimento integral e com qualidade à população, notadamente quanto às obras e aos serviços prestados pelas áreas fins;

IV - ocorra a redução proporcional do vencimento padrão ou salário-base do servidor.

Artigo 4. - O integrante da Família Ocupacional Universitária, lotado nas áreas da saúde, Hospitais Municipais e Secretaria de Saúde, poderão, observados os requisitos estabelecidos no artigo anterior, requerer a redução de jornada para 20 ou 30 horas semanais, ou para plantões de 12 ou 24 horas, com jornada semanal de 12 ou 24 horas.

Parágrafo Único - O trabalho em regime de plantão a que se refere este artigo fica vinculado às unidades de saúde prestadoras de serviços ininterruptos.

Artigo 5. - Fica estabelecido o interstício mínimo de 1 (um) ano na jornada reduzida para o servidor solicitar nova alteração e de 5 (cinco) anos para fins de aplicação do disposto no artigo 20 e parágrafos da Lei Municipal n. 6767, de 20 de novembro de 1991, na hipótese de ocorrer aumento da jornada de trabalho.

Artigo 6. - Fica assegurada a participação da Comissão Permanente de Negociação na solução dos conflitos individuais e coletivos decorrentes desta lei, bem como na sua alteração ou regulamentação.

Artigo 7 - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Paço Municipal, 07 de dezembro de 1992"

SISTEMA PERMANENTE DE NEGOCIAÇÃO COLETIVA DO TRABALHO NO HOSPITAL DO IAMSPE/SP

José Carlos Oliveira*

David Braga Jr.**

I - INTRODUÇÃO

A análise da implementação do Sistema Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho no âmbito do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público do Estado, sua descrição e seus resultados, requer, primeiramente, reflexões que permitam uma contextualização clara da Instituição e dos determinantes políticos que envolveram essa iniciativa.

Em seguida a essas reflexões, discutiremos o modo com que a proposta foi sendo assimilada pelos representantes dos servidores da Instituição, e como ela pode tomar sua forma final, definindo-se seus limites de abrangência, sua operacionalidade e os aspectos legais que embasaram esta iniciativa. Alguns exemplos de protocolos obtidos através da negociação coletiva serão enumerados.

Os resultados obtidos serão mostrados através dos reflexos ocorridos no âmbito institucional. O comparativo dos resultados quantitativos, realizado através de alguns indicadores de produção hospitalar, envolve um período de 4 anos, que vai desde o ano imediatamente anterior à nossa indicação para a direção daquela autarquia estadual (1987), até o final de 1990, já que no primeiro semestre de 1991, deixávamos a direção daquele órgão.

Por fim, à guiza de conclusão, comentaremos alguns pontos que o Sistema Permanente de Negociação Coletiva do Trabalho permite alcançar no que se refere ao trato com os recursos humanos e as relações de trabalho no setor público.

II - CARACTERÍSTICAS ADMINISTRATIVAS E INSTITUCIONAIS DO IAMSPE E, EM ESPECIAL, DO HSPE

O Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público do Estado de São Paulo

* Professor da FCM/PUC-Campinas e ex-Superintendente do IAMSPE/SP.

** Professor da FCM/PUC-Campinas e ex-Diretor do Hospital do IAMSPE/SP.

(IAMSPE) é uma autarquia do Governo do Estado de São Paulo, ligada funcionalmente à Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde, mas administrativa e politicamente ao Gabinete do Governador do Estado.

Sua organização administrativa segue um modelo matricial, encabeçado por uma Superintendência, sob a qual estão afetos três departamentos - Departamento de Administração (Finanças e Orçamento e Serviços Gerais); Departamento de Convênios Ambulatoriais -DECAM- responsável pela execução e acompanhamento de convênios com outras instituições de saúde que fazem eventual atendimento complementar aos usuários do IAMSPE, e pelo funcionamento das 14 unidades ambulatoriais existentes em cidades de médio porte do interior do Estado e, finalmente, o Departamento do Hospital (Hospital do Servidor Público do Estado -HSPE -), sobre o qual recai a maior parte (90%) do orçamento anual de, aproximadamente, 100 (cem) milhões de dolares americanos, seja para o custeio direto, seja para investimentos.

Essa estrutura administrativa foi formada em 1970, data da aprovação do Regimento da Autarquia pela Assembléia Legislativa do Estado. Elaborado no contexto político-social e de assistência médica daquela época, o Regimento - ainda vigente - é altamente centralizador e autoritário, na medida em que possibilita plenos poderes gerenciais ao Superintendente da autarquia (de indicação direta do Governador), que dispõe da escolha direta de todos os cargos de direção e chefias. Por outro lado, inexistem, regimentalmente, órgãos colegiados deliberativos ou mesmo consultivos que fiscalizem ou opinem sobre as diretrizes administrativas da Instituição. A assistência médica foi concebida, como era modelo na época, à população específica de funcionários públicos estaduais e seus dependentes (ascendentes ou descendentes).

Na composição das receitas orçamentárias, ao longo do ano, pode-se afirmar que, na média, 50% tem origem na contribuição (compulsória) de 2% dos vencimentos do servidor público, e a outra metade vem de verbas do tesouro do Estado.

O HSPE, principal Departamento do IAMSPE, constitui-se num complexo hospitalar de grande porte (95 mil metros quadrados erigidos numa área de 42 mil metros quadrados de terreno), com capacidade instalada de 1.000 leitos. Ao longo de sua história e pela capacidade técnica dos seus profissionais de saúde, o Hospital incorporou novas tecnologias, ampliando a capacidade de atendimento sub-especializado de alta complexidade, além de continuar prestando serviços com níveis de complexidade secundária e, até mesmo, primária.

A população potencialmente usuária do IAMSPE (funcionários públicos e seus dependentes) é estimada hoje em 2 milhões e quatrocentas mil pessoas. Destê contingente, 65% reside na Capital ou na Grande São Paulo. O estudo da origem da demanda ao HSPE mostra que seus usuários são funcionários públicos ou dependentes (98%), sendo os 2% restante pacientes classificados como de 'interesse científico' pelos serviços médicos ou odontológicos, e outros provenientes de programas da Secretaria de Estado da Saúde, como por exemplo a internação de pacientes com AIDS.

Os serviços ambulatoriais e de internação contabilizam cêrca de 3.500 atendimentos diários, sendo que 92% tem origem na capital ou na Grande S.Paulo, e apenas 8% vem do interior do Estado.

Examinando-se a distribuição por faixa etária, depreende-se que a maioria dos pacientes atendidos (52%) apresenta-se nos grupos de maiores que 45 anos, o que faz muito útil o Serviço de Atendimento Domiciliar, cujas equipes multi-profissionais

acompanham, no domicílio, mais 700 usuários.

Os pacientes do HSPE servem-se dos serviços de 3547 funcionários que representam cerca de 65,7% do total de 5400 que compõem o corpo funcional do IAMSPE, sendo quase todos de regime celetista. A distribuição do quadro de funcionários do HSPE, num corte efetuado ao final do primeiro semestre de 1990, mostrava: 1.106 médicos; 236 enfermeiras; 709 auxiliares de enfermagem; 289 técnicos de outras modalidades e 800 profissionais de serviços gerais.

Os funcionários são representados por quatro associações, a saber: Associação dos Médicos do Iamspe - AMIAMSPE - Associação dos Funcionários do Iamspe - AFIAMSPE-, Associação dos Enfermeiros do Iamspe e Associação dos Farmacêuticos do Iamspe.

Além destas características institucionais agora descritas, resta apontar que os usuários, desde 1983 (por ocasião da posse dos primeiros governos estaduais escolhidos por eleições diretas após o regime de ditadura militar), compõem a chamada **Comissão Consultiva Mista - CCM** - onde têm assento 66 associações e sindicatos representativos das diferentes categoriais do funcionalismo estadual.

Nas reuniões de periodicidade mensal, os usuários trazem suas demandas em relação aos serviços prestados pela instituição e têm a oportunidade de debater os problemas não somente com a administração como também com as entidades representativas dos trabalhadores do IAMSPE, também membros da CCM.

III - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO POLÍTICO E SEUS REFLEXOS NA INSTITUIÇÃO

O IAMSPE nasceu à partir de reivindicações dos servidores públicos estaduais, tendo sido criado por lei, ainda como departamento de assistência médica, no início dos anos 50. Ao final da década de 50, iniciam-se as obras de construção do Hospital do Servidor Público do Estado que é inaugurado nos primeiros anos da década de 60. O corpo clínico que organiza os serviços nas diferentes especialidades e sub-especialidades médicas origina-se, na sua maior parcela, de professores oriundos da Faculdade de Medicina da USP que, naquela ocasião, encontravam obstáculos de ordem estrutural para alcançar maior desenvolvimento em suas carreiras docentes. Assim é que o HSPE pode alcançar, ao final da década de 60 e início da década seguinte seu apogeu técnico-científico, tanto no que se refere à prestação de assistência médica de ponta, como pela excelência da Residência Médica oferecida a egressos das faculdades de todo o país, e até mesmo do exterior. (Aliás, o HSPE ainda procura, hoje em dia, essa sua "vocação" e vêm oferecendo cursos de pós-graduação, 'strictu sensu', em algumas áreas específicas, assim como desenvolve alguns serviços com tecnologia de alta complexidade).

Esse grande complexo hospitalar dotado de reconhecida capacitação técnico-científica e de formação de recursos humanos sofre, como todos os setores da sociedade brasileira, as conseqüências do regime autoritário e os resultados desastrosos de administrações descompromissadas com as atividades e os objetivos da Instituição. Assim é que, paulatina mas inexoravelmente, ocorre o "sucateamento" dos recursos materiais existentes, a desorganização administrativa e gerencial e, principalmente, a desmotivação da força de trabalho.

Esses fatos são agravados no período em a Superintendência do IAMSPE foi ocupada por um coronel-médico indicado pelo último governador do Estado escolhido pelo regime militar. A dissociação de interesses entre a administração e os funcionários da instituição, associada à ausência de diretrizes e metas administrativas, e o "modus operandi" autoritário daquela superintendência, segundo os depoimentos dos que vivenciaram aquele período, serviram de excelente meio para fomentar o corporativismo, propiciar o aparecimento de lideranças políticas locais e desestruturar as atividades administrativas.

Neste cenário, ocorre a chamada "abertura política" e as primeiras eleições diretas para o Governo Estadual (1983). Respondendo às reivindicações dos servidores da instituição e de seus usuários, o Governo do Estado permite que os dirigentes dos diferentes setores da autarquia sejam eleitos diretamente por seus pares. Dessa forma são escolhidos desde o Superintendente até os encarregados de setor, em composições políticas internas muitas vezes frágeis ou até inexistentes, fazendo com que a administração perca de vista o objetivo maior da instituição, qual seja o da assistência à saúde da população usuária. A perda de padrões administrativos, substituídos por práticas políticas de interesse imediato e corporativo, ocasionou, dentre outros aspectos, o aparecimento de "remendos" em situações de trabalho (p.ex. 'horas-extras' permanentes), que geraram processos na Justiça do Trabalho, além do surgimento de movimentos grevistas, muitos dos quais originados por disputas internas de poder, além daqueles de natureza eminentemente político-partidária.

Todos esses fatores contribuíram para o decréscimo da capacidade de produção da instituição e para o descaso com a sua atividade-fim. Nesse contexto ocorreu também o surgimento da CCM, já citada, "forum" no qual os conflitos existentes entre os prestadores, os usuários e a administração eram evidenciados, mostrando que os interesses próprios de cada uma das partes procurava prevalecer aos objetivos maiores da Instituição.

Os resultados advindos dessa situação podem ser sintetizados em dois pontos principais: alta entropia administrativa e grave crise institucional.

Neste contexto, quase um ano após a posse do novo Governo Estadual, e num período de mais de 30 dias de greve, que se seguiu a um dos momentos mais agudos da crise, inadequadamente administrada pelos dirigentes da instituição (indicados de comum acordo entre os funcionários do IAMSPE e o Governo Estadual), o Governador resolve substituir aquela administração indicando o nosso nome para tal fim.

Desse modo, no final de fevereiro de 1988 tomamos posse, e as manchetes dos jornais da época retratam fielmente este relato:

"CAMPAÑA TENTA SALVAR HOSPITAL" - O Estado de São Paulo, 27/11/87;

"SECRETÁRIO VISITA HOSPITAL EM GREVE E AFASTA SUPERINTENDENTE" - Folha de São Paulo, 24/02/88;

"PROTESTO NA POSSE DO NOVO SUPERINTENDENTE" - Folha da Tarde, 25/02/88;

"MANIFESTO - INTERVENÇÃO NO IAMSPE"- assinado pela AMIAMSPE, AFIAMSPE, com apoio das entidades CREMESP (Conselho Regional de Medicina - SP); Associação Paulista de Medicina e Sindicato dos Médicos de S.Paulo.

Como pode ser depreendido dessas notícias, as associações dos servidores do IAMSPE entenderam nossa nomeação como mais um processo intervencionista "espúrio"

por que passava aquela autarquia, comparando-o com o que ocorrera anteriormente na ocasião do regime autoritário.

Com este clima, nossa administração negociou o final da greve com as lideranças locais e tentou imprimir diretrizes administrativas mais claras para resgatar, primordialmente, a confiabilidade entre os três segmentos da instituição - servidores, administração e usuários. Neste sentido, tentamos a manutenção do diretor do HSPE da administração anterior, procurando estabelecer um trabalho mais próximo do corpo diretivo do Departamento do Hospital, através de reuniões semanais para traçar estratégias de ação no âmbito do Hospital.

Da mesma maneira, reuníamos-nos semanalmente com as lideranças das associações locais, no sentido de se procurar resolver os problemas, sempre dentro do objetivo maior da instituição, qual seja, o atendimento das demandas de saúde da população usuária.

Essas tentativas resultaram-se, entretanto, infrutíferas visto que, em maio daquele ano, o então diretor do Hospital escreve e distribui aos usuários, via associação dos médicos, um manifesto que coloca em dúvida os planos e os atos que a nova administração do IAMSPE vinha executando. Com isso, ocorre a inevitável demissão da diretoria de Departamento do Hospital, e a nomeação, após alguns dias, de um diretor (DBJ) da mais estrita confiança do Superintendente (JCRO), e também não pertencente aos quadros do HSPE, originariamente.

Deve ser ainda apontado que antes da posse do novo diretor do HSPE (ocorrida em 01/06/88), a Superintendência recebe um "relatório da visita de inspeção que representantes do CREMESP, da Comissão de Ética do HSPE, do Conselho Regional de Enfermagem e da Comissão Permanente de Saúde da Assembléia Legislativa de S. Paulo, fizeram às instalações do Hospital do Servidor Público Estadual, quando constataram graves problemas ...". (Cabe aqui o seguinte esclarecimento: a seqüência de eventos políticos por que passou o IAMSPE, principalmente os decorrentes da época do regime militar, provocou, conforme já explicitado, o surgimento de lideranças políticas que, ao depois, assumiram cargos diretivos nos diferentes órgãos de classe profissionais; assim é que o então presidente do CREMESP era médico da instituição, que também tinha enfermeiras na direção do conselho regional da categoria; os dirigentes da AFIAMSPE são hoje diretores do Sindicato dos Trabalhadores da área de Saúde do Estado; dois deputados estaduais eleitos no último pleito eram dirigentes da AMIAMSPE, assim como a atual presidente do CREMESP e outros dirigentes de centrais sindicais têm origem nos quadros da autarquia). Portanto, o grau de politização e organização dos quadros do IAMSPE era, e é, um dos mais elevados dentre os órgãos públicos do Estado.

Todos esses elementos político-culturais foram compreendidos e, principalmente, considerados como embasamento para implementação de estratégias concebidas dentro de princípios democráticos de gestão e de defesa da coisa pública.

Com tais princípios, nossa administração procurou traçar objetivos definidos de recuperação da instituição, tanto nos seus aspectos físicos e organizacionais, como, fundamentalmente, no que se refere aos seus recursos humanos. É neste ponto que se começa a delinear a necessidade de um fórum para negociação permanente entre administração e os trabalhadores do IAMSPE, que possa equacionar soluções para os conflitos naturais das relações de trabalho, antes que eles se transformem em confrontos indesejáveis.

IV - O SISTEMA PERMANENTE DE NEGOCIAÇÃO COLETIVA DE TRABALHO NO IAMSPE

Conforme foi demonstrado no item anterior , o grau de conflito entre administração e prestadores (e, também, usuários) , já bastante elevado nos serviços de atenção à saúde, estava extremamente agravado pelas condições descritas. É óbvio que isso afetava, ao lado dos outros fatores de ordem estrutural, a qualidade dos serviços prestados. Neste sentido, a estratégia concebida procurou buscar instrumento que permitisse **soluções negociadas, de caráter coletivo, segundo os interesses das partes, contrapondo-se às soluções autoritárias ou judiciais, mas SEMPRE respeitando o interesse do usuário.**

Dentro desta concepção básica, a administração convidou para participar na elaboração e na implantação do projeto, um profissional com experiência na área e que fosse aceito por ambas as partes. Sem vínculo empregatício ou qualquer outra forma de remuneração com a instituição, um advogado com experiência nas áreas administrativa e trabalhista e conhecedor de mecanismos de negociação coletiva no setor público em países da Europa (Dr. Douglas Gerson Braga) foi consensualmente acatado como coordenador do processo.

O sistema negocial, iniciado nesse período de confronto aberto entre as entidades dos servidores e a administração local, não seguiu qualquer modelo previamente fixado. Havia, 'ab initio', a disposição de se celebrar convênios coletivos de trabalho resultantes da negociação direta.

Após aproximadamente seis meses de avaliações prévias, durante os quais algum grau de confiabilidade entre as partes pode ser estabelecido, foi instalada a **Mesa de Negociação Coletiva de Trabalho**, formada por representantes das entidades locais dos trabalhadores e da administração. As reuniões de periodicidade semanal eram coordenadas pelo advogado já referido e secretariadas por uma funcionária do IAMSPE, indicada pelas entidades e aceita pela administração.

A primeira preocupação da **Mesa** foi a de estabelecer e demonstrar a eficiência do processo negocial, cujos resultados eram obtidos, sempre, de modo consensual. Os limites das negociações eram os estabelecidos pelas competências cabíveis à superintendência da autarquia estadual, além, é claro, daqueles definidos pelos princípios e normas constitucionais e do Direito. Destarte, estabeleceu-se a criação de instrumento que tivesse impacto político no resgate da confiabilidade entre servidores e administração (transparência), e que fosse dotado de "fundamental importância jurídica" (formalização imediata de direitos e obrigações).

Foram criados, assim, os **Protocolos da Mesa de Negociação Coletiva de Trabalho**, que têm caráter normativo , prazo indeterminado e somente podem ser revogados por vontade das partes. Durante o primeiro ano de funcionamento do processo, foram estabelecidos 14 protocolos, que constituíram o primeiro **Acordo Coletivo de Trabalho no Setor Público** do país, cujo conteúdo passou a fazer parte integrante dos contratos individuais de trabalho, tanto dos trabalhadores sindicalizados, como dos demais componentes dos grupos homogêneos.

A simples citação de alguns desses protocolos permitirá ao leitor estabelecer o alcance do Sistema Permanente de Negociação Coletiva do Trabalho no âmbito da organização administrativa e das conquistas sociais dos trabalhadores: critério de cálculo

de horas suplementares; interpretação de normas constitucionais (p.ex. licença gestante); critérios para acordos em reclamação trabalhista; normas de segurança e medicina do trabalho; garantias relativas à demissão imotivada; exercício de liberdades sindicais; critérios de cálculos de horas e distribuição de plantões e obrigações relacionadas às atividades de pronto-socorro; criação da Comissão Processante Permanente (cujo princípio básico é o direito do contraditório, com defesa assegurada ao(s) indiciado(s), dentre outros.

O **Sistema Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho** apresenta, então, as seguintes características:

1. Componentes = A **Mesa de Negociação**, formada por representantes das partes, estabelece protocolos através de **consenso**. Tais protocolos comporão o **Acordo Coletivo de Trabalho**, assinado anualmente, e que passa a fazer parte integrante dos **contratos individuais de trabalho**. Em todo e qualquer caso a ser apresentado para a discussão e o estabelecimento do acordo consensual, **o interesse dos usuários da Instituição é SEMPRE prioritário**.

2. Princípios = Como todo sistema de natureza contratual, existem **princípios do Direito Constitucional e Normas da esfera do Direito Trabalhista e da Administração Pública** que devem ser respeitadas, servindo como limites para o Sistema. Neste sentido, eventuais condições que ferem a **ordem pública, os princípios da moral e da legalidade, a liberdade sindical, as normas de proteção ao trabalho** não podem ser estabelecidas por quaisquer instrumentos de acordo coletivo. Por outro lado, em se tratando de órgão público, há que se observar a **supremacia do interesse público** sobre o particular e, os acordos deverão ser, sempre, oficializados através de **ato normativo da autoridade competente** (portaria, decreto, etc.), a fim de que seja respeitada a **indisponibilidade do interesse público**.

3. Bases Legais Para o Setor Público = Existe, ainda, discussão dos aspectos jurídicos relacionados à negociação coletiva do trabalho no setor público. A instalação do processo no IAMSPE baseou-se no princípio constitucional da livre associação sindical aos servidores civis do setor público (art. 37-inciso VI), reafirmado no artigo 115, inciso VI da constituição paulista promulgada em 1989.

Como se trata de matéria específica de ordem jurídica recomendamos a leitura dos trabalhos de Douglas Gerson Braga publicados nos "Cadernos da CUT - Jurídico e Relações Sindicais, números 3 e 4, de 1990" e o aprofundado estudo jurídico apresentado à OPAS, em 1992, "Recursos Humanos e Negociação Coletiva no setor público" de autoria das professoras Maria Paula Dallari Buca e Valéria S.L. Fonseca, da Faculdade de Saúde Pública da USP. Estes trabalhos concluem que, tanto do ponto de vista constitucional, como no legal, a negociação coletiva do trabalho é auto-aplicável no setor público, desde de que os princípios anteriormente enunciados sejam respeitados.

V - REFLEXOS E RESULTADOS

Os principais reflexos decorrentes da implantação do Sistema Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho no IAMSPE podem ser assim enumerados:

1. Definição clara dos papéis da administração e das entidades de classe. Nos últimos anos, houve confusão e mistura de papéis entre as entidades de classe e a

administração, cujos componentes passaram a responder quase sem distinção e, com permissividade corporativa, pelos destinos do órgão. O processo da negociação coletiva devolveu cada uma das partes a seu campo de atuação, permitindo à administração maior lucidez, balizando suas decisões também pelas ponderações levadas pelas entidades à mesa de negociação, sem perder de vista o interesse dos usuários. Desse modo, de maneira lógica e com um mínimo de resistências pode-se modificar fluxos e replantar sistemas de atendimento ao público, alterar escalas de trabalho, reestruturar escalas de plantões e desfazer preconceitos relacionados à questão "direitos adquiridos versus obrigações contratadas". O exemplo mais significativo deste aspecto pode ser visto nos protocolos relativos ao reescalonamento de médicos em jornadas extraordinárias para o atendimento de porta do hospital. Estes profissionais recebiam "hora extra" sob a denominação "Sisplan" há anos. No decorrer do tempo, a atividade desenvolvida dentro desta jornada foi desvirtuada e fugiu ao controle administrativo. De forma preconceituosa e erroneamente interpretada era defendido o direito do médico continuar a receber estas horas ('direito adquirido'), mas sem se responsabilizar no cumprimento da escala a que estava submetido pela administração ('obrigação contratada'). Esta discussão durou anos na instituição e foi solucionada em dias na mesa de negociação. Nenhuma das partes perdeu, ao contrário, os médicos incorporaram benefícios aos seus vencimentos, a administração conseguiu replantar o Pronto Atendimento sem problemas nas escalas e o usuário viu seu atendimento substancialmente melhorado por redução do tempo de espera para ser atendido, com alívio da sobrecarga que havia no serviço de Pronto Socorro.

2. Maior velocidade na resolução de conflitos trabalhistas, diminuindo a ingerência do Poder Judiciário. Nas situações de inequívoca favorabilidade jurídica ao funcionário, o Sistema permitia a imediata incorporação do benefício, sem ter que se aguardar a natural morosidade do sistema jurídico trabalhista. De fato, na ausência da mesa de negociação, o tempo decorrido entre a existência do fato e o julgamento trabalhista impedia que o benefício incorporado fosse traduzido em produção ou melhoria de qualidade no atendimento ao paciente. A questão, rapidamente resolvida pela negociação, permitia que a administração trabalhasse a satisfação do benefício imediatamente incorporado em proveito do atendimento ao usuário. É evidente que para as lideranças políticas locais o saldo positivo era também traduzido sob a forma de credibilidade política.

3. Consolidação dos avanços políticos e administrativos. Desde que os direitos e as obrigações contratuais acordadas no Sistema passavam a fazer parte integrante dos contratos individuais de trabalho, e também eram oficializados por atos normativos (portarias) do superintendente, os avanços assim conseguidos viam-se perfeitamente consolidados.

4. Liberdade e autonomia sindical e da administração. O acordo assinado pelas partes referentes a este tópico não somente estabelecia a liberdade de atuação sindical, apontando os limites operacionais para as ações das entidades representativas dos trabalhadores, respeitando-se os direitos dos usuários, como também tornava indiscutível o direito da administração em realizar atos de sua competência, sem necessariamente atrelá-los à mesa de negociação, que nunca poderia ser confundida com o indesejável sentido de eventual co-gestão.

5. Instrumento Mediador de Conflitos e de estabelecimento de Equilíbrio

Político. Além dos exemplos já relatados e que são emblemáticos no sentido da mediação dos conflitos, vale ressaltar que, durante o transcorrer do processo negocial, as entidades políticas locais, de forte capacitação política como já foi colocado, participaram da organização e da deflagração de movimentos grevistas em relação aos níveis salariais, cuja competência extrapola ao âmbito da autarquia.

Este aspecto deve ser assinalado em razão de que o Sistema negocial implantado resolvia ou equacionava as situações dos conflitos locais, estabelecendo, dessa forma, um equilíbrio político que, apesar de toda a situação de confronto existente por ocasião da nossa posse, pode se manifestar já à partir do sexto mês de gestão.

É oportuno relatar também o depoimento que as lideranças da AMIAMSPE e da AFIAMSPE estamparam no encarte "Informe Sindical", publicado no Jornal do Brasil, edição de 25/03/91: "A negociação permanente é a grande responsável por essa situação [...diminuição do número de greves motivadas por más condições de trabalho ...]. Semanalmente, quando nos reunimos e os problemas são colocados, nos antecipamos ao confronto", observa Regina Ribeiro Parizzi Carvalho, presidente da Associação dos Médicos do IAMSPE. Além disso, "para cada direito adquirido na negociação estamos aceitando uma nova obrigação. Não exageramos nas reivindicações porque sabemos que isso amplia o impasse, com o qual já estávamos acostumados a conviver", afirma a sindicalista Célia Regina Costa da AFIAMSPE".

Estas afirmativas comprovam cabalmente a **eficácia do instrumento de negociação permanente como de grande utilidade no trato dos recursos humanos e das relações de trabalho da Instituição**, principalmente levando-se em consideração toda a contextualização política em que o processo se realizou.

No entanto, além desses aspectos extremamente importantes enquanto resultados positivos da iniciativa, cabe mostrar alguns indicadores da produção hospitalar que mostram os reflexos ocorridos após a implementação do Sistema Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho:

	ANO	1987	1988	1989	1990
INDICADORES INTERNAÇÃO					
Leitos disponíveis		1.007	947	928	880
Taxa Média de Ocupação		60,91	71,05	74,80	78,43
Média de permanência		10,94	10,59	10,67	111,00
Nº de Internações		23.777	23.074	23.597	22.710
Média mensal pac./leito		2,36	2,43	2,54	2,58
INDICADORES AMBULATORIAIS					
Consultas		481.359	403.482	403.343	457.247
Cirurgias		21.654	25.045	29.307	33.734
TOTAL		503.013	428.527	432.650	490.971
SISTEMA PORTA					
Pronto Socorro		115.815	129.567	117.156	112.812
Pronto Atend/o		-x-	-x-	58.561	77.459
TOTAL		115.815	129.567	175.717	190.271
OUTROS					
Atend/o Domiciliar		6.804	6.444	7.584	8.100
Hosp. Retaguarda		816	732	1.248	1.440

A análise dos dados acima, vale lembrar, conforme já assinalado anteriormente que, o processo de negociação teve seu início efetivo à partir de janeiro de 1989. Além disso, em razão do sucateamento da área física, deteriorada ao longo dos anos, sem nunca ter havido a preocupação de uma reforma substancial, iniciou-se em agosto de 1988 uma ampla reforma dos próprios do hospital, o que obrigou a uma redução de área física de 40% nos **setores ambulatoriais e a exclusão de 100 leitos nas áreas de internação.**

A análise dos dados de produção mostra, no geral, um incremento importante nas atividades-fim do HSPE, especialmente considerando-se a diminuição do espaço operacional acima apontado. Na área de internação, mesmo com a diminuição de, aproximadamente, 10% dos leitos disponíveis no período, houve um acréscimo na utilização mensal de pacientes por leito.

O impacto mais evidente, no entanto, é mostrado pelos resultados das áreas ambulatoriais e do sistema porta. Com cerca de 40% da área útil desativada à partir de meados de 1988, ocorre uma elevação global de cerca de 10% nos atendimentos de pacientes externos do HSPE. Note-se, ainda mais, que o número desses atendimentos sofre a mais significativa elevação nos anos de vigência do Sistema de negociação (1989, 1990).

O mesmo fenômeno ocorre, também de maneira bastante significativa, nos dois outros sistemas de retaguarda hospitalar do **IAMSPE** - Assistência Domiciliar, com crescimento de quase 18%, e o encaminhamento para o hospital de retaguarda que acresce cerca de 75%. Ressalte-se que esses dois serviços dependem de equipes profissionais multidisciplinares, além do apoio dos funcionários dos serviços gerais, especialmente do setor de transportes.

É evidente que esses resultados de aumento na produção das atividades de atenção à saúde do usuário do HSPE, dependeu, também, de outros fatores, especialmente aqueles relacionados à reorganização administrativa. **No entanto, como a atenção à saúde, especialmente aquela de âmbito hospitalar, é atividade de prestação de serviço e depende, por essa razão, da fundamental participação dos recursos humanos em todos os seus níveis, sejam os diretos ou os indiretamente ligados ao atendimento do público, fica evidente que o Sistema Permanente de Negociação Coletiva do Trabalho exerceu um papel primordial e inquestionável nesse sentido.**

VI - CONCLUSÃO

O conceito de gerência pode ser entendido como "a arte de pensar, decidir e agir para obtenção de resultados, **mas somente alcançados através de pessoas e numa interação humana constante**" (Motta).

Com este sentido, uma política de recursos humanos voltada para o entendimento dos processos envolvidos nas relações **de** trabalho e **no** trabalho, e onde os recursos humanos sejam administrados como o principal patrimônio do sistema, sendo a atividade-meio imprescindível para a produção dos serviços de saúde e os agentes incontestes dos processos de produção, fica evidente que uma permanente negociação entre administração e trabalhadores, com regras básicas bem estabelecidas e acatadas por ambas as partes, significa um instrumento de grande competência.

À parte das discussões de natureza jurídica já apontadas, queremos ressaltar,

como administradores de equipamentos e sistemas de saúde, que a Negociação Coletiva de Trabalho no setor público, exemplificada neste caso do IAMSPE, é um instrumento que:

1. agrega os servidores ao próprio serviço, envolvendo-os na responsabilidade pela sua organização e resultados;
2. encaminha problemas com disposição de conquistar soluções de "dupla mão" entre a administração e seus recursos humanos, estabelecendo níveis adequados nas relações de trabalho, longe de significar um simples atendimento de reivindicações ou mecanismo de co-gestão;
3. apresenta um caráter 'pedagógico' do ponto de vista administrativo e sindical, contribuindo, de um lado, para a diminuição das atitudes autocráticas, e de outro, para atenuar a força de reivindicações de cunho exclusivamente corporativo;
4. reflete-se positivamente na qualidade das atividades meio e nos resultados da produção dos serviços de saúde, e, finalmente,
5. serve de meio administrativo competente para se alcançar os objetivos de uma gestão de qualidade total, gerando conseqüências práticas nos resultados de políticas de interesse público na área da saúde.

Ao lado dessas conclusões, cabe assinalar no entanto, que os limites determinados pela competência da autarquia, que somente pode atuar nos níveis de vencimento dos trabalhadores através de benefícios indiretos (também acordados na mesa de negociação), já que o salário e demais gratificações são de competência de outras esferas do Governo, representou um obstáculo importante para um maior alcance desta iniciativa.

Por outro lado, a vontade política dos administradores da instituição em utilizar este instrumento gerencial de modo efetivo parece, ainda, ter grande importância. Neste sentido, quando um de nós (JCRO) participou de recente debate sobre o tema, ocorrido em outra autarquia estadual (SUCEN), foi informado que estão havendo dificuldades conjunturais para que a Mesa de Negociação volte a ter resultados como na nossa gestão. De fato, o boletim informativo assinado pelas entidades representativas dos servidores do IAMSPE, datado de julho/92, aponta: "A Mesa de Negociação Permanente não vem cumprindo o seu papel e muitas das questões apresentadas não são encaminhadas e outras nem são discutidas... O acordo Coletivo de Trabalho firmado entre as Entidades e a Administração anterior na Mesa de Negociação Permanente representa um avanço na organização dos trabalhadores".

LEITURAS RECOMENDADAS:

1. SOBRE ASPECTOS JURÍDICOS E DE ORGANIZAÇÃO DE SISTEMA DE NEGOCIAÇÃO COLETIVA DO TRABALHO:

A. Convenções da Organização Internacional do Trabalho, especialmente as de número 87, 98, 151 e 168 (esta sobre a NCT na administração pública); revista Legislação Trabalhista, volume 54,(3), março/1990.

B. O Sistema Permanente de Negociação Coletiva do Trabalho no IAMSPE - Douglas Gerson Braga - Cadernos da CUT - Jurídico e Relações Sindicais n. 3,

1990.

C. Proposta de projeto de Lei sobre contratação coletiva de Trabalho - idem, ibidem, n.4, 1990.

D. Recursos Humanos e a Negociação Coletiva de Trabalho no setor público. Estudo jurídico apresentado à OPAS - Maria Paula Dallari Buca e Valéria S.L.Fonseca, 1992.

E. Negociação Coletiva do Trabalho no setor público. Repercussões da sua aplicação no Hospital do Servidor Público Estadual. Uma análise de resultados - David Braga Junior - Cadernos da CUT - Jurídico e Relações Sindicais, n.4, 1990.

2. SOBRE ASPECTOS DE GERENCIAMENTO GERAL E HOSPITALAR:

A. Times da Qualidade, Como usar equipes para melhorar a Qualidade - Peter R. Scholtes e outros - Qualitymark Ed.,1992.

B. Garantia de Qualidade. Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe. H.M.Novaes e J.M.Paganini, OPAS, FLAH, FBH. Série/Silos n. 13, 1992.

INCENTIVOS FINANCEIROS: UMA REVISÃO E ALGUNS ELEMENTOS PARA REFLEXÃO

Paulo Henrique Seixas *

INTRODUÇÃO

A incorporação de conceitos trazidos da administração, ainda que potencialmente úteis, necessitam entretanto de maior desenvolvimento teórico-conceitual para a sua adaptação ao campo da saúde. O próprio conceito de produtividade em saúde necessita ainda ser melhor desenvolvido, na medida em que o produto final da ação em saúde não pode ser considerado apenas do ponto de vista de sua rentabilidade econômica ou financeira (do serviço, do sistema como um todo, do seu impacto econômico no país), nem a aspectos meramente quantitativos, mas precisa também ser compreendido em termos de seu impacto na condição de saúde das pessoas seja do ponto de vista individual como coletivo, assim como de seu impacto ao longo do tempo.

Por outro lado o processo de trabalho em saúde se realiza através de uma multiplicidade de atores e de relações, externas e internas, que obrigam ainda um maior estudo para o reconhecimento dos diversos fatores envolvidos nesta produção.

Melhor definição dos produtos esperados, melhor conhecimento do processo de trabalho em saúde e dos seus fatores intervinientes permitiriam por sua vez o desenvolvimento de mecanismos de estímulos e avaliação de desempenho mais adequados.

A produção deste conhecimento, entretanto, se faz não apenas da construção de modelos teóricos, mas também através da análise e identificação de experiências concretas. Neste sentido, um dos temas mais freqüentemente abordados e utilizados para incremento de produtividade vem sendo a aplicação de incentivos, financeiros ou não junto a profissionais em geral, e de saúde em particular (ainda que menos frequentes).

Ainda que este tema não seja novo para o campo da Administração (e entretanto parece não haver grande consenso a respeito), há muito menos em termos de seus impactos nas relações de trabalho entre diferentes profissionais, qualidade e quantidade do produto final, aspectos éticos destes incentivos, etc., área da saúde.

O que pretendemos neste trabalho, antes que uma construção teórica muito rigorosa e aprofundada, é promover uma primeira aproximação e respeito da questão dos

* Residente do Programa de Saúde Internacional da Organização Pan-Americana da Saúde, Washington/EUA.

incentivos a profissionais de saúde, a fim de fomentar futuras problematizações e linhas de investigação. Tal aproximação tomou por base uma revisão da literatura sobre administração em saúde norte-americana, dado, principalmente a carência de informações sobre o tema na América Latina. Pretendemos neste primeiro momento, uma análise mais dirigida ao uso de incentivos financeiros a profissionais médicos, área onde apresentam-se um pouco mais estudados e analisados, o que nos permitiria portanto, trabalhar com base em algumas experiências melhor desenvolvidas.

Tal opção não representa em absoluto uma valorização deste mecanismo de motivação, por parte do autor, frente a outras modalidades de incentivos. Entretanto, dado a ampla utilização mecanismos desta natureza, seja por parte Governo, seja por parte das organizações privadas de prestação de serviços de saúde, HMOs (health maintenance organizations), e dado o crescimento do setor privado nos países latino-americanos, associado as preocupações hoje colocadas pelas necessidades de Reforma do Estado e Reforma do Setor, nos parece importante compartilhar um pouco destas experiências, possibilidades e problemas que apresentam.

Para tanto, optamos por trabalhar a questão de incentivos através de um enfoque ampliado. Os sistemas de compensação do trabalho são definidos como todas aquelas formas de pagamento, em dinheiro ou espécie, através da qual a organização retribui aos esforços daqueles que nela trabalham (1,8,18). Esta retribuição é feita em termos do tempo que o empregado coloca a disposição da empresa, ou do produto ou serviço realizado, e pode ser constituída por três elementos básicos:

1. Base de remuneração: responsável por garantir uma compensação que permita a subsistência do empregado em um determinado padrão de vida. A preocupação principal de um bom plano de remuneração é garantir que os pagamentos sejam equitativos, tanto interna como externamente. Ou seja, garantir que cada posto de trabalho seja remunerado conforme a contribuição que dá ao alcance dos resultados da empresa, bem como garantir que o padrão de remuneração seja atraente no mercado. Às vezes, é a única forma de compensação presente.

2. Benefícios: são ganhos complementares, em dinheiro ou espécie, fixos, com destinado específica, que protegem o empregado contra riscos econômicos extras e pretendem garantir a continuidade do empregado na empresa.

3. Planos de Incentivos: são ganhos extras oferecidos ao empregado, com intenção de motivá-lo para o alcance de determinadas metas ou reforço de determinados comportamentos. O principal desafio para sua elaboração é garantir a relação entre a meta a ser alcançada, com o trabalho realizado pelo empregado, e o valor correspondente, em termos de custo-efetividade do valor do incentivo.

Cada sistema de compensação pressupõe também, determinadas normas de produção e formas de organização do trabalho. Como nos interessa não apenas o impacto dos estímulos financeiros nos resultados da prática médica, mas também quais as novas normas de produção e organização do trabalho que promovem, optamos por analisar tanto o sistema de remuneração, como os planos de incentivos desenvolvidos.

Em função da revisão realizada, entretanto, pudemos identificar dois grandes enfoques frente ao estudo e utilização dos incentivos, os quais ainda que não tenham uma caracterização muito rigorosa, pareceram influenciar de maneira diferenciada a prática médica:

- Um primeiro enfoque mais preocupado com a utilização dos incentivos

enquanto reguladores da prática no sentido de condicionar ou reforçar determinados comportamentos, em geral direcionados a redução ou incremento de determinados procedimentos visando o equilíbrio/incremento financeiro da instituição. Tal enfoque tende a compreender e desenvolver sua análise centrada nos incentivos analisados isoladamente, sem uma preocupação maior com a interação profissional ou com a cultura organizacional. Chamaríamos estes incentivos de incentivos fixos, ou estruturais, que estariam mais relacionados ao rendimento individual de cada um dos profissionais, a ao seu impacto financeiro.

- Um segundo enfoque procuraria analisar o papel dos incentivos na interação com outros elementos institucionais e seu papel de potencializador dos processos de mudança institucional. Os incentivos daí decorrentes poderiam ser chamados de incentivos negociados e estão ligadas mais diretamente ao alcance de algumas metas específicas pré-definidas, e que pressupõe um nível amplo de comunicação e entendimento entre as partes envolvidas na sua definição. Pressupõe portanto, alguma reorganização nas formas de trabalhar e na relações com outros setores.

Assim, desenvolveremos o artigo seguindo mais ou menos cada um destes enfoques e os resultados ou propostas por eles apresentados. Na primeira parte iniciamos com uma apresentação sobre as formas de remuneração mais frequentes para a categoria médica e seu impacto em termos de volume de produção e controle de custo, bem como apresentamos algumas modalidades de incentivos fixo que intervêm na remuneração tradicional. A seguir fazemos uma primeira crítica destas modalidades em termos das tendências e contradições destas formas de incentivo para o conjunto do setor saúde.

Na segunda parte, discutimos alguns princípios básicos para a implementação de planos de incentivos negociados, as principais críticas aos planos de incentivos financeiros, fazemos uma análise das possibilidades de incorporação de incentivos na prática médica sob a ótica do modelo de processo de trabalho em saúde, e discutimos algumas experiências ilustrativas de implementação de planos de incentivos.

Por fim apontamos algumas conclusões e elementos para problematizações futuras.

PARTE I - SISTEMAS DE REMUNERAÇÃO DO TRABALHO E INCENTIVOS FIXOS

1. SISTEMAS DE REMUNERAÇÃO DO TRABALHO

A Organização Internacional do Trabalho (OIT),(11) reconhece dois tipos básicos de compensação monetária: o sistema de remuneração por resultado e o sistema de remuneração por tempo.

No sistema baseado em resultados os ingressos dos trabalhadores variam de acordo ao tipo, quantidade e qualidade dos serviços produzidos, dependendo, portanto, dos resultados alcançados. As regras são em geral previamente explicitadas e o pagamento é efetuada ao final da tarefa.

Já no sistema baseado no tempo de trabalho (como no sistema assalariado), teoricamente o volume e a qualidade da produção não tem impacto direto no montante da

remuneração.

Evidentemente, existe uma grande variação entre estes dois modelos polares, existindo casos onde a remuneração tem uma base salarial fixa, e o profissional recebe algo mais frente a sua produção, ou casos onde profissional é remunerado com base na sua produtividade, porém recebe um fator extra frente ao tempo dedicado ao trabalho.

As principais vantagens do modelo baseado na remuneração por tempo seriam sua maior simplicidade gerencial-administrativa, (ainda que as alternativas para definição dos postos e níveis salariais não sejam assim tão simples), bem como permitem uma maior sensação de equidade e disponibilidade á cooperação entre os trabalhadores, baseados na maior estabilidade nas relações contratuais, contribuindo, portanto para diminuir a conflitividade laboral.

Tal sistema, entretanto tem a desvantagem de promover uma menor relação de empregado com o produto do seu trabalho, com menor estímulo a produção e a qualidade final do produto.

Já o sistema baseado no pagamento por produto promove um maior estímulo a produtividade e rendimento do empregado, assim como requerem menor supervisão direta sobre a intensidade do trabalho para o alcance de determinada produção. Tal sistema, potencialmente ofereceria maior flexibilidade para adaptação as necessidades de mercado e as políticas de desregulação vigentes.

Apresenta entretanto vários problemas para sua implantação: exige um sistema mais sofisticado e acurado para controle de qualidade dos produtos, dado que o estímulo á produção pode prejudicar a qualidade final do produto; pressupõe a organização do sistema de produção e de controle mais adaptado as variabilidades, bem como um sistema de remuneração coerente em termos de capacidades necessários e valor do produto final.

Paralelamente, pode desestimular a cooperação entre os trabalhadores, através da sensação de inequidade e competitividade, além de aumentar o desgaste e diminuir o cuidado com normas de segurança.

1.1. FORMAS DE REMUNERAÇÃO NO SETOR SAÚDE

Conforme aponta um informe do Sindicato Médico do Uruguai (1992),(40 são várias as modalidades de remuneração encontradas no setor:

- 1) Pagamento direto do paciente ao profissional conforme honorário livremente negociado entre ambos;
- 2) Pagamento de uma tarifa por serviço ou ato médico realizado. Esta tarifa pode ser definida nacional ou regionalmente pelas Sociedades Médicas ou pelos serviços contratantes, públicos ou privados;
- 3) Pagamento de um salário fixo segundo o número de horas mensais que se contratem;
- 4) Pagamento de um salário misto, com uma parte fixa, paga por hora e outra variável, paga por ato médico realizado;
- 5) Pagamento por pessoa registrada, sem considerar a quantidade de serviços administrados. Conhecido como pagamento por capitação;
- 6) Pagamento de taxas globais por serviços relacionados; freqüentemente utilizado por dentistas ao definir um orçamento global por tratamento, ou obstetras ao definir um valor global por gestação, desde pré-natal até o parto.

De qualquer forma tais modalidades de remuneração poderiam ser agrupadas igualmente em pagamento por tempo (salário) e pagamento por produto (ato médico ou procedimento, diagnóstico ou taxa global, capitação).

1.1.a. MODALIDADES DE PAGAMENTO POR PRODUTO

Fee for service O sistema de pagamento mais tradicionalmente utilizado para a remuneração do trabalho médico é o pagamento por procedimento individual, ou como se padronizou chamar no Brasil, pagamento por unidade de serviço, ou "fee for service" nos países de língua inglesa. Aqui se remunera cada ato médico realizado individualmente, ou seja, a visita ou consulta realizada, cada um dos exames solicitados, a cirurgia, etc.

Do ponto de vista profissional, este modelo tem a justificativa de permitir uma preocupação integral do médico com o paciente, permitindo ofertar-lhe tudo que seja necessário sem qualquer constrangimento, assim como remunera o médico com base no trabalho realizado.(11,40) Na medida em que a prática médica, entretanto permite uma razoável variedade de opções para um determinado tratamento ou patologia, esta argumentação parece não ser completamente verdadeira, quando colocada sob pressão de um mercado concreto.

No sistema de fee for service a remuneração final do médico vai depender da soma total entre as diferenças do valor pago por cada procedimento e o custo final de cada procedimento. Se o valor por procedimento é igual ou menor ao custo não há estímulo ao trabalho. Se o valor é positivo, entretanto há um grande estímulo a sobre-oferta, particularmente nos procedimentos mais rentáveis. (32) Como nos EUA este valor era definido com base no mercado, e regulado exclusivamente pelos profissionais, e não no estudo real de custos e intensidade de trabalho, havia um constante estímulo ao aumento do volume e dos preços, principalmente nos procedimentos com uso mais intensivo de tecnologia, ou mais invasivos. Alguns estudos (27,34), indicam que os serviços destinados a avaliação e acompanhamento dos pacientes são remunerados duas ou três vezes menos que os serviços invasivos, equiparando o custo dos recursos utilizados. Entretanto, muito pouca relação tem sido encontrada entre o grau de utilização de serviços de alta tecnologia e melhoria do estado de saúde da população em geral.

DRG Uma alternativa para o pagamento baseado apenas nos atos médicos desenvolvidos é a remuneração baseada em um valor global, definido prospectivamente por diagnóstico. Esta modalidade de remuneração foi instituída nos EUA no programa de financiamento estatal Medicare, sob a denominação de DRG (Diagnostic Related Groups), e englobava inicialmente (1983), cerca de 467 grupos de diagnósticos ou condições médicas similares. Seu valor é definido através do custo médio nacional da internação de um paciente para o tratamento de uma determinada patologia. Desta maneira se pretende estimular aqueles hospitais mais eficientes, permitindo inclusive uma relativa margem de lucratividade para estes hospitais (11,32,42).

Como esta modalidade de pagamento, só se destinava inicialmente para a remuneração da internação hospitalar e não para os procedimentos externos, os hospitais responderam inicialmente com uma significativa redução no tempo de internação, acompanhados de um incremento nas consultas ambulatoriais, e procedimentos

realizados na sala de emergência, inclusive com significativo desenvolvimento de tecnologia médica nesta direção, incremento nas atividades de cuidados domiciliares e transferência de custos para pacientes não cobertos pelo Medicare. O aprendizado no manejo da metodologia de reembolso do sistema, parece inclusive estar provocando o desenvolvimento de uma "arte" de sobrecarga nos cobranças, através da subdivisão de procedimentos que anteriormente eram cobrados conjuntamente, etc., acabando por praticamente anular, do ponto de vista global, a economia do sistema.(28,42)

A possibilidade de extensão desta modalidade de pagamento para o atendimento ambulatorial repousa principalmente na dificuldade de determinar custos para o seguimento, por exemplo, de patologias crônicas, além uma vez mais de supervalorizar a remuneração de cuidados curativos frente a cuidados preventivos. Ainda que esta forma de pagamento tenha sido pensada também para a remuneração médica, ela esbarra também na multiplicidade de procedimentos e inter-relações possíveis da atenção médica, particularmente nas instituições mais complexas, onde este processo de atenção é fruto da atividade de um conjunto de profissionais, médicos e não médicos, e não apenas da atividade de um só profissional.

Importância do valor do pagamento no volume dos serviços.

Antes de seguir na descrição das modalidades de remuneração dos médicos, nos parece importante discutir que impacto as medidas para redução no valor dos serviços pagos tem o volume final dos serviços. Este impacto vai depender em última análise, do significado relativo que este serviço tem no ingresso final do profissional.(26,32) Assim, se um determinado serviço tem pouca importância relativa no ingresso final do profissional, e pode ser substituído facilmente por outros procedimentos com melhor potencial de remuneração, uma variação no valor pago por este serviço vai acarretar em uma pequena ou insignificante variação no volume prestado.(10) Entretanto, em algumas circunstâncias, quando a modificação nos valores incide sobre a grande maioria dos pacientes, pequenas reduções num período de inflação moderada, estimulam incrementos no volume de serviços, como forma de compensação da remuneração final. Por outro lado, congelamento de preço dos serviços, num período inflacionário importante, podem promover uma redução nos serviços prestados.

Entretanto, mudanças em preços relativos podem ter um efeito diferente. O corte em determinados procedimentos cujo valor seja relativamente importante na remuneração final do profissional, mas que possam ser substituídos por outros mais interessantes economicamente, podem estimular um incremento na oferta destes últimos em detrimento dos primeiros.

RBRVS É com base na afirmação acima, e na constatação que grande parte dos aumentos de custo do sistema de saúde norte-americano são volume induzidos, principalmente naquelas especialidades com maior utilização de tecnologia, promovendo um padrão de práticas pouco eficiente e altamente desigual em termos de remuneração entre as diferentes especialidades, que se elaborou a proposta de pagamentos aos médicos através do sistema denominado resource-based relative value scale (RBRVS), ou, traduzido para o português, **escalas de valores relativos baseado em recursos.**

Este modelo segue uma complexa fórmula que se utiliza de três parâmetros básicos para a remuneração (27,34): 1) uma escala de valores relativos para os serviços,

2) um fator de ajuste geográfico por cada área, 3) um fator de conversão nacional.

A escala de valores relativos por serviços, por sua vez é determinada tomando por base: a) o total de trabalho dispendido por cada médico, considerando-se tanto o tempo total gasto antes durante e depois de cada serviço, como a intensidade de trabalho. Considerando-se aqui tanto o esforço mental para o julgamento clínico, capacidade técnica exigida e esforço físico e stress relativo ao risco. Esta intensidade foi medida considerando-se uma escala de magnitude para cada especialidade onde se tomava um ato qualquer como referência com o qual se comparava os demais. Posteriormente se utilizava um fator de conversão entre as diversas especialidades; b) os custos da prática necessários para a oferta dos serviços, considerando-se aqui tanto aluguel de salas, pagamento de pessoal auxiliar, etc., como os custos para o seguro contra má prática; c) custos de oportunidade de treinamento, que seriam os gastos com treinamento e especialização para qualificação de especialista. (Posteriormente este último item foi desconsiderado, e os custos de prática foram separados nos componentes custos de prática propriamente e custos contra má prática).

Além deste cálculo de custos, a proposta pressupõe outros componentes:

* A definição de standarts de volume de serviços, destinados a controlar o volume total de serviços prestados. Ao ultrapassar um determinado nível, o fator de conversão nacional seria reduzido na mesma proporção para o ano seguinte. Tal proposta foi flexibilizada em função da pressão das entidades médicas argumentando em favor da necessidade de se levar em consideração elementos como idade da população, avanços tecnológicos, incremento no número de beneficiários do sistema, etc., e portanto o reajuste dependerá da avaliação do Congresso.

* A limitação na autorização para médicos recebendo por Medicare cobrarem valor extra por serviços prestados aos pacientes.

* Definição uniforme dos serviços, sem o que não se pode efetuar a remuneração. O que significa redefinir os cerca de 7000 códigos utilizados para descrever os serviços médicos.

* Investigação sobre efetividade e resultados das práticas médicas, e desenvolvimento de guias de prática.

As investigações para definição destes parâmetros já levam cerca de dez anos, e a proposta teve sua implantação iniciada em 1992, devendo ser totalmente efetivada em 1996.

Algumas avaliações preliminares (24), entretanto, parecem indicar que se por um lado tal proposta tem surtido o efeito positivo de redirecionar as ações para práticas de atenção primária, e parece incrementar a remuneração final dos médicos neste nível de atenção, assim como não parece haver um aumento significativo no volume de consultas a pacientes segurados por Medicare, por outro lado parece estar havendo uma menor disposição dos médicos em aceitar pacientes segurados por Medicare, assim como alguns profissionais vem reduzindo os serviços prestados a estes pacientes. Outra avaliação de Hsiao (1993)(21), um dos principais responsáveis pelo desenvolvimento inicial da proposta, aponta que os valores finalmente adotados para a remuneração dos médicos continuam privilegiando o uso de tecnologia e de serviços mais rentáveis (diagnóstico).

CAPITAÇÃO O sistema de remuneração por capitação paga ao médico um valor fixo por paciente inscrito por determinado período de tempo, independente do serviço prestado. Tal valor sempre é menor que o custo médio de um tratamento provido

por esta especialidade médica, condicionando o profissional a incorporar e manter o maior número possível de pacientes inscritos ao mesmo tempo que obriga a uma menor utilização de serviços auxiliares. Este modelo contribuiria, teoricamente, para o desenvolvimento de práticas mais custo efetivas. É o sistema em que o profissional está submetido ao maior risco econômico, sendo utilizado com alguma frequência nas HMOs norte-americanas. (14,19) Tal sistema, tradicionalmente utilizado pelo sistema de saúde inglês, garantia originariamente, maior cobertura estatal aos exames, onde inclusive o profissional recebia um "plus" por serviço preventivo prestado (14). Este sistema vem sendo flexibilizado, através da possibilidade de livre escolha do médico pelos pacientes (o que anteriormente não ocorria, garantindo o monopólio do médico sobre uma determinada região). Paralelamente, determinados generalistas ou um grupo de generalistas associados, com grande clientela podem receber autorização para contratarem eles próprios seus serviços de referência, e portanto, tem a oportunidade de auferir lucros, como estratégia para estimular a competitividade, qualidade e efetividade do sistema. (35)

O grande problema do sistema de capitação, principalmente no sistema americano, é o possibilidade de seleção de pacientes que o sistema pode gerar, por parte dos médicos.(37) Esta crítica inclusive é extensiva às HMOs, as quais, apesar de demonstrarem gastos globais menores, assim como melhores indicadores em termos de tempo médio de internação, custos por paciente, etc., parecem também fazer uma seleção de sua clientela, seja em termos de remuneração, de idade, ou de condição de saúde, frente aos sistemas de seguro tradicionais, ou fee for service.

1.1.b. MODALIDADE DE PAGAMENTO POR TEMPO

SALÁRIO Como já referido anteriormente, neste sistema o profissional é remunerado pelo tempo que coloca a disposição da instituição. Se não há nenhum outro estímulo a produtividade, qualquer outro trabalho extra além do determinado é financeiramente prejudicial ao profissional, o que, portanto, desestimula o uso desnecessário dos serviços.(19,32) Por outro lado, nesta forma de remuneração, o profissional não está submetido a risco financeiro, a menos que sejam estabelecidos alguns mecanismos para isto, o que teoricamente permitiria uma dedicação mais integral ao paciente.

Em geral, a principal crítica da categoria médica a esta forma de remuneração se dirigem mais a perda de autonomia frente a instituição empregadora, que propriamente ao mecanismo de remuneração.(36)

Os efeitos que estas modalidades de remuneração produzem, seja em termos de controle de custos, seja em termos de produtividade dos serviços, seja em termos de impacto no estado de saúde da clientela não estão ainda suficientemente definidos.

Hilman, Pauly e Kerstein (1989),(18) ao trabalhar sobre um amplo levantamento das HMOs nos Estados Unidos, identificaram que o uso de capitação ou salário estavam associados a uma menor taxa de hospitalização. Tal diferença pode ser explicada, além do menor estímulo a internação pela forma de remuneração, também pela estrutura organizacional das HMOs que utilizam esta forma de remuneração, (group model - onde os profissionais fazem parte de um grupo independente, contratado pela HMO), o que facilitaria o contato mais próximo entre os profissionais e a estímulos não financeiros

para contenção de custos.

Estes mecanismos de remuneração, entretanto, vem sendo relacionados com outros tipos de incentivos, econômicos ou não, que potencializam ou modulam os efeitos anteriores, direcionando os estudos não mais para efeitos individuais de cada um dos incentivos, mas para a definição e análise das estruturas organizacionais como um todo. Conforme aponta Robinson (1993)(37), "After decades of neglecting organizations as black box, economics is focusing on the comparative performance of alternative organizational and contractual relationships such as spot contracting, vertical integration, and complex relational contracting... This comparative approach highlights the relative efficiency of alternative combinations of incentive mechanisms and identifies different organizational structures in terms of which combinations they best support."

Neste sentido apresentaremos algumas outras modalidades de incentivos e de que maneira estas modalidades tem sido relacionadas entre si, permitindo a constituição de certas tipologias ou padrões organizacionais.

1.2. MODALIDADES DE INCENTIVOS FIXOS (17,18,19,37)

Uma modalidade muito comum é a retenção de parte da remuneração do médico, (em geral de 10 a 20%), que associado aos prêmios pagos por cada usuário, constituem um fundo de risco, ao qual o profissional terá acesso ou não, conforme seja o rendimento financeiro da instituição no final do período. A redistribuição do recurso ou prejuízo, pode tomar por base o rendimento individual de cada médico, o rendimento de um grupo específico, ou o rendimento global de todos os médicos das instituição.

Outra modalidade de repartição de riscos, é o estabelecimento de um fundo, ou de limites de gasto, para o referenciamento de pacientes, quer seja para especialistas, internação hospitalar ou serviços diagnósticos.

O impacto destes fundos vai depender de quatro fatores principais: - a quantia retida da remuneração; - o tamanho do fundo de risco (quanto maior a quantidade de profissionais envolvidos e o tamanho do fundo, menor o impacto financeiro no comportamento individual); - a proximidade entre os membros do fundo e a interação entre eles; - a cultura sobre a qual foi instituído o fundo (um fundo constituído por um grupo médico, intermediário na contratação com uma instituição pode ser mais eficiente que aquele definido unilateralmente).

Além disso, os médicos podem ser submetidos a penalidades financeiras extras, além da perda da remuneração retida, caso ultrapassem os limites do fundo. Ou receber bônus extras, caso seu rendimento financeiro para a instituição seja adequado.

Outra forma de incentivo financeiro é o estabelecimento de limites para pagamento de pacientes até um determinado tempo de internação, incluindo, portanto, um mecanismo prospectivo, a exemplo das DRGs, numa modalidade de pagamento retrospectiva.

O peso destes incentivos pode ser, por sua vez, modulado pela existência ou não de intermediários na contratação dos médicos. Algumas vezes as HMOs ou os agentes pagadores não contratam os profissionais diretamente, mas através da intermediação de um grupo médico, o qual então faz o repasse aos seus participantes. Tal mecanismo, em geral funciona como uma estratégia para aliviar dos profissionais, individualmente, o risco financeiro incorporado em uma determinada forma de remuneração, e transferi-la

para o conjunto dos profissionais, seja através de um fundo de risco, seja através da incorporação de outros mecanismos de controle de custos não financeiros. Um exemplo é a transformação de um pagamento por capitação, realizado inicialmente pela HMO ao médico, em um pagamento fee for service, onde o controle de custos se faz através de revisão por pares, ou do estabelecimento de um fundo de risco neste nível.

Alguns dos mecanismos mais comuns utilizados como incentivos não financeiros, tanto por seguradoras como grupos de prática médica podem ser:

1) a utilização de um médico generalista, em geral pago por capitação e submetido aos fundos de risco, como porta de entrada obrigatória do sistema para qualquer paciente; o que pretende reduzir o encaminhamento para especialistas e serviços diagnósticos;

2) a exigência de certificados de pré-admissão para internação aos pacientes segurados;

3) exigência de segunda opinião, mandatória para realização de cirurgia;

4) revisão concorrente para avaliação de tempo de estadia;

5) instituição de sistemas de gerenciamento de caso para pacientes com custo muito alto;

6) estabelecimento de estratégias de revisão continuada por pares, principalmente nos organizações ou grupo de prática médica;

7) contratação seletiva, ou seja, contratação ou formação de convênio apenas com profissionais com prática demonstradamente mais custo efetivas, o que significa serviços com painéis de utilização limitados para os pacientes;

8) desenvolvimento e aplicação de guias de prática mais custo-efetivos.

2. TIPOLOGIAS DAS ORGANIZAÇÕES COM BASE NOS INCENTIVOS

Tradicionalmente, as HMOs são classificadas como:

- staff; quando a organização contrata diretamente os médicos e estes trabalham dentro da instituição;

- group models; quando a HMO contrata um único grupo médico que coordena todos os médicos;

- network models; quando a HMO contrata diversos grupos médicos;

- IPA model (independent practice association), quando a HMO contrata com médicos individualmente em suas práticas privadas.

Entretanto, a própria organização que congrega as HMOs nos Estados Unidos - Group Health Association of America (GHAA) - considera que a presente tipologia é insuficiente na explicitação de importantes variáveis, particularmente aquelas referentes as diversas relações contratuais possíveis entre as organizações e os grupos de múltiplas especialidades, que influenciam na prática médica, na entrega dos serviços e no comprometimento do profissional com a organização. Tal limitação se dá principalmente entre as IPAs models e Network models, dadas as variabilidades contratuais aí presentes.

Welch, Hilman e Pauly (1990),(44) preocupados com o impacto que os sistemas de incentivos tem sobre a performance dos médicos e da organização, e de que maneira estes sistemas podem ser conformados de maneira a definir uma estrutura organizacional específica, sugerem que uma HMO possa ser distinguida por 5 características:

1. Forma básica de remuneração dos médicos que desenvolvem atenção primária

- Salário, Capitação, Fee for service -, supondo que cada uma destas formas tem um impacto diferente no consumo dos serviços, conforme já apresentado acima.

2. Tipo de vinculação da clientela do médico: limitada a contribuintes da HMO, ou aberta a outros usuários possuidores de seguros indenizatórios tradicionais, remunerados com base em fee-for service. Tal diferenciação modula, teoricamente, o impacto das medidas de controle da HMO sobre o médico.

3. Existência ou não de um grupo contratante intermediário entre o médico e a HMO, como forma de repartir ou potencializar os riscos impostos pela HMO.

4. Modalidade do risco financeiro ou premiação - retenção salarial, bônus, fundos de risco, punição.

5. Tamanho (nº de médicos) e características do fundo de risco - amplo ou grupal, por especialidades, por hospitalização, genérico, etc.

A primeira categoria de corte é vinculação da clientela ao profissional: a possibilidade ou não de atendimento, pelo médico de outros pacientes não vinculados a HMO. Esta primeira caracterização define o que denominam de prática de grupo por pré-pago, quando os profissionais _o atendem pacientes da HMO e em geral são remunerados por salário, e IPA model "ampliado", quando o profissional pode atender outros pacientes de seguros tradicionais.

Propõem, a partir de então, duas tipologias básicas, articulando as características acima referidas.

Uma primeira tipologia baseada nos incentivos, reflete uma decisão de basear a classificação nos formas diretas de compensação do trabalho, refletidas nas variáveis formas de remuneração e característica do fundo de risco. Tal classificação pressupõe que a prática médica seja mais influenciada pela modalidade de incentivo diretamente utilizada, que por mecanismos específicos que modulam estes incentivos.

Os tipos seriam então os seguintes:

- Prática de grupo por pré pago: já explicitada acima.

- IPA assalariada: IPA onde o médico é remunerado por salário. EM geral está submetido a um fundo de risco amplo e pode atender pacientes de fora da HMO.

- IPA por capitação: IPA onde o médico é remunerado por capitação, em geral está submetido a fundos de risco por subgrupos, e também pode atender pacientes externos a HMO.

- FFS IPA com fundos de risco por sub-grupo: médico é remunerado por serviço prestado, estando submetido a fundos de risco individuais ou por sub-grupo, e também vê pacientes externos.

- IPA Fundação: medico recebe por serviço prestado, estando submetido a um fundo de risco comum, e também esta autorizado a assistir pacientes externos a HMO.

A segunda tipologia desenvolvida conserva a primeira categorização inicial (possibilidade do médico receber pacientes não vinculados a HMO ou não) e combina as demais características acima tomando por base a existência ou não de intermediários no vínculo entre HMO e médicos e o tamanho e natureza do fundo de risco. Tal tipologia pressupõe que a estrutura organizativa ao qual os médicos estão submetidos é mais importante que a forma de remuneração básica propriamente dita.

Os tipos são os que se seguem:

- Prática de grupo por pré-pago: HMO cujos médicos atendem somente pacientes

vinculados a HMO.

- IPA com fundos de risco por sub-grupo, com contratação direta: IPA contrata aos médicos diretamente, e os subdivide em fundos de risco. Médicos podem atender pacientes externos.

- IPA com fundo de risco comum, com contratação direta: IPA contrata aos médicos diretamente e estão todos submetidos a um único fundo de risco.

- IPA com fundo de risco por sub-grupo e com intermediário na contratação dos médicos: IPA paga a um grupo médico, o qual por sua vez paga aos médicos individualmente. Os médicos são subdivididos em fundos de risco, e também podem atender pacientes não vinculados as HMOs.

- IPA com fundo de risco comum e com intermediário na contratação dos médicos: IPA paga ao grupo médico que subcontrata os profissionais individualmente. Estes, por sua vez, estão submetido a um fundo de risco único, e podem atender pacientes não vinculados a HMO.

Uma análise inicial destas tipologias com alguns indicadores como Hospital dia/1000 pac. matriculados e referência a especialistas por pac. matriculados parece indicar que as organizações de pré-pago tradicionais (médicos só atendem aos pacientes vinculados a HMO) parecem ser mais efetivas no controle de visitas a especialistas, enquanto as IPAs, particularmente aquelas com fundos de risco por sub-grupo e contratação por intermediários, são mais efetivas no controle de internações.

Uma hipótese para estas diferenças é a de que nesta última categoria (IPA com fundos de risco por sub-grupo e contratação por intermediários), a internação hospitalar seja o elemento financeiro mais importante e mais controlável quando os médicos estão exercendo sua prática num ambiente de menor integração com a instituição, inclusive para retenção do paciente. Por outro lado, quando o profissional está sobre influencia direta e exclusiva da HMO é possível que os mecanismos regulatórios para encaminhamento para especialistas sejam mais poderosos, enquanto a proximidade e exclusividade institucional funcionem como estimuladores para a internação.

Tal discussão, per se, já aponta os limites existentes nestas tipologias, na medida em que, se permitem identificar algumas direções sobre o significado dos incentivos sobre a prática, ainda não conseguem dar conta da variabilidade de fatores que sobre ela intervém, particularmente sobre o ponto de vista da organização do trabalho e das normas de produção existentes no interior dos serviços.

3. ALGUMAS CONCLUSÕES INICIAIS

Aparentemente ou com base nos dados apresentados os profissionais médicos tendem, ainda que nem sempre se sintam satisfeitos com isto, a responder frente aos incentivos financeiros, pelo menos no que diz respeito ao elemento que podem controlar na cadeia produtiva da assistência á saúde, qual seja, a utilização dos serviços, principalmente quando colocados sob uma situação de risco financeiro importante. Assim estímulos contra a internação, tendem a reduzir internação, estímulos contra utilização de exames subsidiários também tendem a reduzir a utilização destes exames. Tal resposta parece ser ainda mais intensa se o estímulo diz respeito ao incremento de determinados atos. O incremento na utilização de laboratório e consultas de retorno num ambulatório médico com fins lucrativos, após a incorporação de um plus por

procedimento realizado, num salário inicialmente pago por horas trabalhadas é um exemplo disto.(15)

Tal constatação, por sua vez também parece confirmar outras observações no campo da psicologia que apontam que a premiação (ou punição) baseada em recursos financeiros, definidos unilateralmente, mais que desenvolver um estímulo criativo e globalizante para o trabalho, tende a reforçar determinados procedimentos mais seguros dentro dos resultados esperados.

As duas grandes questões que se colocam é em que medida estes resultados contribuem seja para a redução de custos globais do sistema, seja principalmente, para o incremento da qualidade da atenção prestada.

No que diz respeito a redução de custos globais, aparentemente pouco. Como já afirmamos anteriormente, as organizações de cuidados gerenciados (managed care), que tem desenvolvido a maior tecnologia neste sentido, parecem ter um custo cerca 5 a 10% menor que a atenção prestada sob o sistema de indenização de seguro tradicional. Mas esta redução não parece afetar a taxa de crescimento nos custos globais do sistema. O miríade de outros incentivos, financeiros ou não que continuam atuando no sistema seja sobre os prestadores, seja sobre os usuários, parecem compensar as economias neste área específica.

A multiplicidade de estratégias de tratamento para um determinado caso, seja do ponto de vista técnico-científico (dado o relativo empirismo da prática e as variações individuais dos pacientes), seja do ponto de vista dos fluxos e organização do trabalho determinados pela estrutura assistencial, tendem também a enfraquecer a possibilidade de efeito de qualquer incentivo ou medida aplicada isoladamente, da mesma maneira que dificultam uma avaliação mais definitiva a respeito do impacto destes incentivos na qualidade da atenção. Paralelamente, se não há evidências de que estes incentivos tenham provocado problemas importantes na qualidade da atenção, ou se os problemas na qualidade existem em função de determinados incentivos financeiros, muito menos há evidências de que os incentivos financeiros, per se, foram capazes de promover qualquer incremento na Qualidade dos serviços ou da atenção.

O desenvolvimento e adoção de "guidelines" científica e economicamente orientados, associados a incentivos financeiros tem sido uma das estratégia preconizada para melhoria da qualidade dos serviços.

A profissão médica, entretanto, parece ter um comportamento altamente corporativo sendo fortemente influenciada pelos valores compartilhados e pelas interações e experiências mais próximas entre seus membros e as atitudes de suas respectivas lideranças.

A possibilidade de promover mudanças nesta prática, portanto, parece estar muito mais relacionada com as relações entre os profissionais de um determinado setor ou serviço, na cultura institucional e nas práticas de figuras de referência dentro da especialidade, que apenas na utilização incentivos, de feed-backs ou no desenvolvimento de treinamentos ou educação específicas.(13,29)

O aparente sucesso obtido pelos fundos de risco por subgrupos, no sentido de contenção de utilização,(19) parece reforçar esta observação, na medida em que o impacto financeiro real desta medida na remuneração final do médico parece ser muito pequeno, em função do tamanho médio destes subgrupos. O incentivo financeiro funcionaria aqui, muito mais como um justificador e estimulador da interação regulatória

entre os profissionais e frente a suas próprias práticas em direção aos objetivos do grupo, do que especificamente uma situação de risco financeiro real.

Portanto, um olhar mais direcionado as relações que se estabelecem no interior da prática médica e desta no interior das organizações a partir da utilização de determinados incentivos, particularmente aqueles estabelecidos através de negociação conjunta, e não definidos a priori, poderiam orientar um pouco melhor a discussão a respeito do impacto destes instrumentos.

PARTE II - POSSIBILIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM PLANO DE INCENTIVOS PARTICIPATIVO NO SETOR SAÚDE

1. A QUESTÃO DAS MOTIVAÇÕES

Poucas questões na área da administração tem gerado tanta polêmica e paixão como a questão dos incentivos financeiros. Um bom resumo das críticas mais frequentes e intensas foi o apresentado por Kohn (1993), em um recente artigo.(22) Segundo ele:

- Os incentivos tem um efeito temporário, promovendo mudanças no comportamento apenas quando estão presentes.

- O pagamento não é um motivador; pagar mais não implica em melhores resultados no trabalho.

- Premiar pune, na medida em que não alcançar um resultado muito desejado pode ser mais desmoralizante que uma punição.

- Premiar prejudica o relacionamento no trabalho, na medida em que estimula a competição tanto entre os empregados dentro de um mesmo nível, como entre empregado e supervisor, na medida em que este passa a ser considerado como um fiscal e um delator das deficiências individuais que pode colocar em risco a premiação, e não como um elemento destinado a cooperar com o desenvolvimento do trabalho da equipe. Impede o desenvolvimento de um ambiente propício para exploração, aprendizado e progresso e inibe as solicitações de auxílio e cooperação.

- Premiar ignora as razões. Ao contrário de procurar entender os problemas e desenvolver soluções conjuntas, estimula a competição entre os profissionais e diminui a responsabilidade do gerente.

- Premiar desencoraja assumir riscos. Ao definir objetos de desejo a serem alcançados, hiperdireciona as ações e limita o surgimento de soluções criativas.

- Premiar reduz o interesse. Indivíduos intrinsecamente motivados não necessitam de premiação extra para trabalhar, além do que a implementação de controles necessários para assegurar o alcance dos objetivos, acabam por limitar esta motivação. Portanto, cada vez mais pessoas necessitarão de prêmios para trabalhar adequadamente, cada vez mais trabalhos necessitarão ser premiados para serem bem realizados.

Tais afirmações se sustentam em parte nas teorias de Herzberg (16,20,30) ao identificar fatores de satisfação no trabalho denominados de motivadores e fatores de insatisfação, denominados higiênicos. Os fatores motivadores seriam aqueles capazes de estimular o trabalhador para a execução de uma determinada tarefa. Estariam baseados principalmente no relação direta do trabalhador com a tarefa. Estes fatores são o alcance do resultado esperado, o reconhecimento pelo trabalho realizado, a autonomia, a

responsabilidade sobre a tarefa, a capacidade de realização e o conteúdo interno do trabalho.

Já os fatores higiênicos, mais relacionados a organização do trabalho e as relações entre o trabalhador e a empresa, não são capazes de motivar, porém, se não se apresentam bem, são importantes elementos de insatisfação. Tais fatores são: status, segurança, salário, condições de trabalho e relações interpessoais, particularmente a supervisão direta.

Portanto o que a organização deve procurar é enriquecer a tarefa dos indivíduos, criando oportunidade para que sintam competentes, capazes de realizar a tarefa e receber reconhecimento por isso.

Maslow,(1,8,20,30) por sua vez, propõe que os indivíduos se motivam para o trabalho de acordo a um quadro crescente de necessidades : - fisiológicas, - de segurança, - sociais, - de estima e reputação, - e de auto-realização. Na medida em que cada uma destas necessidades é alcançada, seus fatores de satisfação perdem importância relativa, passando a ser buscadas as necessidades seguintes. Dentro desta perspectiva, a remuneração seria um fator inicialmente importante para a satisfação das necessidades fisiológicas e de segurança, cumprindo aí muito mais o papel de retenção de pessoal do que de motivador para o trabalho. Por outro lado, se um empregado recebe um aumento por méritos que o distingua frente aos demais ou começa a receber benefícios que o distingam hierarquicamente, este benefício tem um impacto inicial alto nos primeiros meses e tende a decair com o tempo.(1)

A teoria das intencionalidades (30) aponta que os indivíduos agem de acordo a suas percepções do mundo e dos objetivos que valoram e que pretendem alcançar. Agem portanto em função de uma antecipação prévia dos resultados. Para tanto, levam em consideração nas suas alternativas de comportamento a capacidade de desempenhar-se de acordo as exigências das tarefas, a crença que o desempenho levará ao resultado desejado (que a organização e os instrumentos de trabalho são adequados), e que este resultado e a sua recompensa terão um valor superior a outras alternativas de comportamento.

A organização, portanto deveria ser capaz de incorporar as expectativas dos profissionais nas suas tarefas assim como deveria ser capaz de promover um acesso a informação adequado para que os profissionais pudessem construir suas expectativas baseados em percepções mais próximas a realidade da empresa.

Entretanto, frente tanto a teoria das necessidades como a das expectativas, a questão é como a organização poderia trabalhar com estes elementos, dada a diversidade de experiências de vida e individuais dos quais os trabalhadores são portadores, bem como dada a multiplicidade de necessidades que se articulam para a definição de uma motivação. (30)

Uma interessante contribuição ao debate pode ser apresentada por Levine e Tyson (1990) ao discutirem a relação entre participação e produtividade.(25) Segundo eles, a teoria econômica sugere que uma firma pode ser considerada como um grupo de indivíduos envolvidos em um jogo de ganho-repartição de lucro, onde se todos trabalham no máximo de sua capacidade a firma lucraria mais e os ganhos seriam maiores. Desde que , entretanto, se algum dos participantes do jogo possa diminuir sua intensidade de trabalho, sem que sofra uma perda significativa em sua remuneração, todos os demais também poderiam diminuir sua intensidade de trabalho, com a firma passando a funcionar em um nível sub-ótimo.

Entretanto, uma outra estratégia que não se baseasse neste princípio não cooperativo individual seria a que se fundamentasse em uma solução cooperativa coletiva, onde a organização conseguisse convencer seus membros "a pular todos juntos". A questão é como implementar esta estratégia cooperativa. O desenvolvimento de estratégias participativas, seriam capazes, sob este aspecto, de permitir um melhor fluxo de informações da empresa para o empregado e do empregado para a empresa através da incorporação do saber-fazer dos trabalhadores nas tarefas formalmente definidas. Permitiriam uma maior interação grupal e desenvolvimento de mecanismos de controle pelos próprios pares, além de permitir o desenvolvimento de trabalhos mais próximos as expectativas dos empregados, mais adequados às suas capacidades e promovendo a incorporação de responsabilidade as tarefas executadas. Tal esforço dependeria, entretanto, do desenvolvimento de um sistema de remuneração baseado também no rendimento grupal.

Através de uma ampla revisão na literatura, os autores identificam que a participação dos empregados nas decisões da empresa freqüentemente apresentam um efeitos positivos, em geral não muito intensos, sobre a produtividade, algumas vezes não apresentam nenhum efeito e quase nunca um efeito negativo. Desenvolvem então uma tipologia da participação, classificando-a em três categorias:

1) Participação consultiva. Quando a participação se baseia fundamentalmente na possibilidade do empregado apresentar sugestões a respeito dos processos de trabalho do qual façam parte, procurando recuperar parte do saber-fazer dos trabalhadores diretamente envolvidos nas diferentes tarefas, porém a decisão final sobre a implementação das propostas depende de análise e aprovação dos níveis superiores.

2) Participação substantiva. Pressupõe esferas de participação direta e formal, através da conformação de equipes de trabalho responsáveis pela definição e gestão de um amplo espectro de decisões sobre o processo e organização de seu trabalho, (p.ex. carga e horário de trabalho, necessidades de treinamento e capacitação, relações direta com fornecedores ou clientes externos, etc.). Estão submetidos a nenhuma ou a pequena supervisão direta, ou as vezes a supervisão é rotatória entre seus membros.

3) Participação representativa. Caracterizada pela representação dos trabalhadores em Conselho de Diretores, comitês de relações de trabalho, etc. Pode abarcar questões mais amplas que aquelas diretamente relacionadas a organização do trabalho propriamente dito, como políticas de recursos humanos, incorporação de tecnologia, relações e direitos trabalhistas, políticas de investimento, etc. Como em geral esta participação está condicionada a um certo número de indivíduos, ou votos, em geral sua influencia é limitada.

Avaliações quantitativas não são facilmente realizáveis, particularmente pelas dificuldades existentes para separar estas modalidades de participação de outras transformações estruturais incluindo novas tecnologias, treinamentos, novas formas de compensação do trabalho, etc.

Entretanto, algumas conclusões podem ser generalizadas. A participação consultiva, per se, parece não ser capaz de promover incrementos substantivos na produtividade. Tais incrementos necessitam de reorganização no trabalho e um crescente envolvimento dos trabalhadores na tomada de decisões. Tais incrementos parecem ser tão mais intensos quanto mais ampla seja a capacidade das equipes em definir suas formas de trabalho, principalmente se estas decisões estão relacionadas a incorporação de

tecnologia.

Já a participação representativa parece ser importante somente quando está articulada a outras formas de participação dentro da empresa.

Ao estudar especificamente algumas experiências empresariais bem sucedidas em termos de participação e produtividade identificam quatro outros elementos importantes que acompanham o processo:

- Repartição nos lucros: o incremento na participação pode ser num primeiro momento um elemento motivador fundamental aos trabalhadores, porém a longo prazo a remuneração grupal pelo trabalho extra gerado por novas normas de produtividade parece ser não só um elemento a mais, mas representa um elemento potencializador significativo em todo o processo. Tais elementos parecem se reforçar mutuamente pois se a participação demanda repartição nos lucros, repartição nos lucros demanda maior participação nos níveis superiores da empresa em termos de definição das políticas globais da organização.

- Mecanismos de reforço á coesão grupal: a remuneração baseada apenas no desempenho individual, a presença de vários níveis hierárquicos e níveis salariais muito diferenciados parecem ser elementos que estimulam a competitividade interna e dificultam a coesão grupal. Por outra lado, quando a remuneração se baseia no desempenho grupal se estimula o trabalho cooperativo assim como os problemas individuais são melhor controlados pelo grupo. A redução nos níveis hierárquicos distribui melhor as responsabilidades e permite relações mais ágeis dentro da empresa, assim como uma variação salarial menos ampla reforça a percepção de equidade entre os membros e valoriza o esforço realizado.

- Garantia de vínculos contratuais de longo termo: tais garantias permitem o desenvolvimento de estratégias de longo prazo, reduzem a tensão interna e o medo de demissão, reforçam a coesão e possibilitam o desenvolvimento das estratégias de capacitação e treinamento necessários para a reorganização do trabalho.

- Garantia dos direitos individuais: a garantia da possibilidade de discordância, da oposição às normas sem que isto represente penalidades, permite evidenciar e resolver mais eficazmente os conflitos. Por outro lado, uma empresa onde as relações trabalhistas são definidas através de regras e normas claras e explícitas permitem maior comprometimento. O trabalho passa a ser orientado mais pela motivação de remuneração e pela parceria com os colegas que pelo medo de demissão.

Tais conclusões são compatíveis com as novas tendências identificadas, face a uma revalorização atual dos sistemas de incentivos, que, distintamente do que era previsto pelo taylorismo, não são mais centrados exclusivamente na tarefa, nem na pressão imediata para a produção. Ao contrário, as tarefas são definidas com amplitude e flexibilidade, mais responsabilidade e variedade, e não com base na especialização rígida; a produção é vista como resultado da conjunção de interesses individuais e organizacionais e o sistema de recompensa é mais complexo, envolvendo retribuições individuais e coletivas.(30)

Assim, tanto a definição das tarefas deve levar em consideração as necessidades individuais e a valoração dos trabalhadores sobre os objetivos e características do trabalho e recompensa final, como devem ser articulados a uma missão organizacional de longo prazo voltadas ao interesse do consumidor.

O conhecimento a respeito destes mecanismos participativos e de repartição de

lucros nas profissões de saúde ainda é pouco desenvolvido, particularmente quando se tratam de grandes organizações onde os profissionais não são mais os detentores do capital e dos bens de produção, formas que vem progressivamente caracterizando a reorganização da prática médica nas últimas décadas. A implantação destes sistemas parece tão mais complicada quando se reconhece nestas instituições práticas altamente hierarquizadas, com divisões de tarefas e campos da atuação bastante rigorosos e valores corporativos muito fortes. Por outro lado tal prática retém e exige um alto grau de autonomia e flexibilidade para a tomada de decisões e detém um significativo grau de valorização individual e social, o que limita o poder organizacional, per se, de definir unilateralmente suas normas de produção. Paralelamente, depende de um alto grau de motivação interno por parte dos trabalhadores o que exige uma preocupação com estes aspectos por parte da organização.

Alguns autores (2,38) ao discutirem a implementação de programas de incentivos profissionais através de uma revisão na literatura de casos no setor, direcionados ao incremento da eficiência operativa da instituição identificam benefícios adicionais destes planos, como : redução de turn-over, incremento na produtividade, redução de horas extras, redução de horas totais trabalhadas, melhoria na comunicação entre os empregados, melhoria nos sistemas de informação e controle gerencial, maior disponibilidade de recursos, remuneração média dos empregados acima da média regional. Entendem, entretanto, que poucas das experiências relatadas foram muito rigorosas em suas avaliações.

Percebem também que algumas modalidades destes planos de repartição de lucros vem apresentando uma vida média bastante curta com uma remuneração descendente ao longo dos anos, e identifica como problemas fundamentais para sua sobrevivência, as dificuldades na avaliação de desempenho dos profissionais envolvidos, lentidão na avaliação dos dados, atrasos e dificuldades para definição dos prêmios, ausência de mecanismos formais e sistemáticos de participação.

Nos parece importante, então, identificar os pressupostos tradicionalmente utilizados para a implantação destas propostas a fim de identificar, a partir de uma análise mais interiorizada da prática, elementos que possam contribuir para a construção de um consenso institucional produtivo mais adequado as necessidades sociais e dos trabalhadores.

2. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS DE INCENTIVOS NEGOCIADOS

A "receita" clássica para implementação de um plano de incentivo tradicional segue alguns princípios básicos:(8,9,45)

Suas funções básicas seriam a de comunicar prioridades, metas e objetivos; estimular performance; e reforçar os objetivos de planejamento da organização.

Tais objetivos, em geral, estão direcionados fundamentalmente ao incremento na eficiência administrativa da instituição através de ações variadas que podem destinar-se ao incremento na produtividade, incremento na receita, redução ou contenção de gastos, redução, controle ou estímulo na utilização dos serviços, etc.

Tais incentivos podem ter como objetivos, eventualmente a retenção ou contratação de pessoal; o estímulo a qualidade do serviço ou o desenvolvimento de determinadas práticas específicas, como ações preventivas.

Deveriam ter como **pré-requisitos**, um forte sistema de informação financeira; um forte sistema de informação de produção, relacionado ao sistema de informação financeira; dados comparativos dos anos anteriores; conhecimento do passado e das tendências do mercado; um adequado conhecimento do seu sistema produtivo. Pressupõe um **acordo prévio** entre os participantes com grande ênfase na comunicação para o alcance das metas e objetivos definidos.

Paralelamente, deveriam ser de fácil gerenciamento, sem gerar burocracias ou fluxos administrativos adicionais e direcionados a objetivos realistas e práticos. Deveriam ser facilmente **inteligíveis** pelos empregados, particularmente no que diz respeito ao seu cálculo, e sua confiança deve ser garantida por standards de performance objetivos e consistentes. Seus benefícios deveriam ser distribuídos freqüentemente, assim como sua **efetividade ser medida e divulgada periodicamente**.

As **metas** definidas devem ter um valor significativo para a empresa e os trabalhadores. Deverão ser claramente resultado de um esforço, e não apenas do trabalho usual, assim como devem estar claramente relacionadas ao trabalho. Por outro lado o insucesso não deve ser penalizável.

Os indicadores para avaliação da performance deveriam, como qualquer indicador, ser úteis e específicos, para a caracterização do problema; sensíveis, na identificação de variações; fáceis de calcular; fáceis de entender; imediatos; comparáveis; flexíveis, caso sejam necessárias readaptações nas metas; auditáveis, ou seja, devem resistir a sabotagem ou manipulação; justos, ou seja, devem refletir exatamente o resultado do trabalho, sem desvios.

A **utilização** e a **forma de distribuição** dos prêmios devem ser previamente acordados.

A premiação pode ser feita com base:- na repartição dos lucros, no final do ano. Em geral é uma meta muito genérica e é difícil ser percebida em que medida está diretamente relacionada com o trabalho, portanto parece ser um fraco motivador; - relacionada com o **desempenho**. Apresenta significativa dificuldade no setor saúde em termos de avaliação qualitativa nos produtos; -**em metas pré-definidas**. Em geral é o modelo que permite maior concertação, e tarefas melhor definidas. Exige entretanto, um melhor conhecimento do problema e dos processos produtivos a ele relacionados.

A **quantia** deve ser competitiva no mercado, e suficientemente alta para motivar, mas não tão grande para distorcer a prática.

3. A PRÁTICA MÉDICA E UMA ANÁLISE CRÍTICA A RECEITA

A prática médica construiu sua legitimidade social fundamentada nos princípios da autonomia e da ética na relação médico-paciente, na ação individual, e sustentada pelo saber científico baseado no conhecimento anátomo-fisio-patológico.

A divisão do trabalho que foi se processando no seu interior -- verticalmente, com as enfermeiras, que passam a ser responsáveis pelas tarefas mais manuais, enquanto o médico mantém as tarefas mais intelectuais, (de diagnóstico, terapêutica, e procedimentos mais especializados), e, posteriormente, a divisão horizontal do trabalho onde foram se incorporando ao trabalho em saúde, novos profissionais, como psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, e mais recentemente, cientistas sociais administradores de saúde, etc.- ainda que teoricamente pudessem colocar em cheque a

hegemonia médica, através dos questionamentos relativos ao objeto e aos produtos desta prática, não lograram efetivamente este intento, menos em função de sua dimensão técnica, mas fundamentalmente em função de sua dimensão social.(12)

A capacidade de articulação da profissão na manutenção de sua identidade ideológica, e na defesa e manutenção de seus interesses frente a sociedade, impediu que esta divisão do trabalho implicasse em perdas maiores de poder ou questionamentos mais profundos desta prática.(31)

Parte desta se constrói através da lógica econômico-cientificista onde saúde se traduz como consumo de assistência médica individual baseada na excelência técnico-científica. Tal lógica que sustenta o crescimento e acumulação no setor médico, paralelamente vai produzindo também a perda da autonomia da prática, e sua substituição pela especialização e pela capacidade de manejo de alta tecnologia.(38) Infelizmente este modelo, fortemente sustentado pelo Estado de Bem-Estar Social, entra em crise com todas as transformações caracterizadas pelo pós-fordismo.

Um modelo de custos crescentes não pode seguir incrementando o preço final dos produtos em um mercado internacional cada vez mais competitivo. O Estado, seja enquanto prestador ou financiador dos serviços de saúde, seja enquanto agente regulador da economia como um todo se vê obrigado a medidas racionalizadoras que intervêm sobre as decisões médicas.(38) O consumo de qualquer serviço a qualquer preço, sem resultados efetivamente demonstrados não pode mais ser suportado. As empresas e serviços, públicos e privados e saúde se vem também obrigados a incrementar sua eficiência econômica, ao mesmo tempo em que necessitam demonstrar a qualidade e eficácia dos serviços a fim de não perder clientela. Por outro lado, os usuários se tornam mais críticos ao ter antigos direitos ameaçados ou questionados, ao mesmo tempo em que se expande, (ainda que esta seja um dos grandes problemas no setor), a informação em saúde, particularmente no que diz respeito a práticas preventivas, promovendo portanto, uma diminuição na credibilidade absoluta nos atos médicos. O risco de processos jurídicos, particularmente nos EUA, obriga também uma preocupação contínua, se não com a Qualidade e efetividade final da prática e do tratamento realizado, dada a complexidade de dimensões que isto pode significar, pelo menos com a execução de práticas mais seguras.(4,31)

O que se traduz, na necessidade de uma nova *accountability*, de prestação de contas dos médicos para com os serviços e a comunidade, e vice-versa.

A forma e a intensidade de como se darão a incorporação destas novas normatividades externas, administrativo-financeira e epidemiológico-social a prática médica no interior dos serviços é um problema que as sociedades concretas e cada serviço poderão resolver. De qualquer forma a corporação médica segue tendo um fundamental poder de decisão no âmbito interno dos serviços e na decisão destas práticas. Assim como a organização do trabalho ainda se dá de maneira altamente hierarquizada e com pouca comunicação direta entre os diversos profissionais.

Uma estratégia facilitadora, a nosso ver, para a renegociação dos valores internos da instituição pode partir do enfoque que propõe a compreender o trabalho em saúde como um processo onde interagem um conjunto de atores e um conjunto de trabalhos articulados que contribuem, cada qual com um produto distinto, para a satisfação da necessidade do próximo cliente nesta cadeia produtiva, e que em última análise se destina a satisfação da necessidade de saúde do cliente final, o cidadão/usuário do serviço. Se tal

enfoque, por um lado pressupõe uma desconcentração sobre a figura do médico no gerenciamento do processo de atenção, permitindo compreender as dificuldades presentes em cada fase deste processo e o papel que joga cada agente neste trabalho, retirando parte de seu poder simbólico, por outro permite o desenvolvimento de uma investigação dos problemas preventiva e menos ameaçadora ou punitiva que os processos de garantia de qualidade tradicionais, centrados na revisão pós factum de casos considerados insatisfatórios.(3,4,31)

Frente a esta proposta, o momento inicial de negociação passa a ter um significado maior que o de simplesmente a comunicação de metas definidas pela gerência superior. A identificação da missão da instituição e dos problemas frente a garantia desta missão passa a ser uma questão coletiva a ser compartilhada por todos e não apenas pela direção da instituição.(33, 41)

Uma vez definida a missão institucional, trata-se de identificar quais são os problemas limitam ou dificultam o alcance desta missão. Uma característica importante deste processo é que deve ser desenvolvido de maneira sistemática e baseado em uma avaliação criteriosa de informações. Uma vez mais a estratégia deve se basear na consulta ao cliente externo e nos problemas por ele identificados, assim como no intercruzamento destas informações com os membros de cada setor institucional envolvido.

Aqui, alguns princípios deveriam ser observados para uma definição adequado do problema:

- 1) o problema necessita ser compreendido e aceitado por todos os participantes como relevante para a instituição, ou seja deve representar valores compartilhados e ter uma proposição claramente definida. Neste momento, um problema financeiro associado a possibilidade de remuneração extra pode ser um elemento mobilizador e motivador importante. Entretanto, existem uma série de outros mecanismos facilitadores da construção de um consenso grupal como técnica de Delphi, júzós grupais ponderados, fórum comunitário, etc.

- 2) o problema deve ser progressivamente focalizado e definido, sempre quando possível em termos de elementos mensuráveis, assim como deve ser passível de ser resolvido no nível organizacional em que esteja sendo colocado. O processo de melhoria contínua de qualidade pressupõe melhorias e aproximações progressivas e não medidas de grande visibilidade inicial e pouco impacto a longo prazo.

- 3) a definição do problema deve ser continuamente reavaliada na medida em que se obtém novas informações, e este passa a ser melhor compreendido.

Tal proposta se sustenta na identificação dos sistemas e processos produtivos da assistência á saúde, assim como em seus pontos de estrangulamento e de inter-relação entre os diferentes trabalhos, e por consequência, na constituição de equipes que trabalho conjuntas. Para tanto, a utilização de fluxogramas, diagrama de Pareto, diagrama de causa e efeito, cartas de tendência, cartas de controle, etc., são instrumentos auxiliares que podem ajudar nesta definição. Uma vez identificados estes processos críticos e defeitos os responsáveis pelo seu controle e acompanhamento, a equipe trata de construir as alternativas próprias do serviço e instituição para a resolução destes problemas.(4,6)

Neste contexto, o papel do médico ganha um significado fundamental no desenvolvimento de novas normas técnicas articuladas as necessidades institucionais coletivamente construídas. Tal responsabilidade e significado, se define agora não mais

na prática individual descontextualizada e enganosamente autônoma, mas na construção de uma nova autonomia compartilhada.

Outro aspecto importante quanto á definição das metas e objetivos, diz respeito a transitoriedade destas metas quando se pretende desenvolver um processo de melhoria contínua de qualidade. Satisfeita uma determinada necessidade, imediatamente se coloca uma nova, reiniciando ciclo. Tal situação é particularmente importante na prática médica atual dado o contínuo desenvolvimento de novas tecnologias, novos medicamentos, etc. A avaliação criteriosa na utilização destas inovações, na verdadeira capacidade de promover melhorias na condição de saúde dos pacientes e de quais pacientes, bem como a reorganização que a incorporação destas novas tecnologias promovem sobre a prática, são questões que estão sendo continuamente colocadas. Uma estrutura de incentivos que se baseie em metas ou indicadores muito rígidos, rapidamente estarão defasados.

A questão da avaliação e seguimento do trabalho, ganha aqui um papel fundamental. A avaliação não se faz a posteriori, mas se realiza paralelamente ao longo do processo, devendo estar presente inclusive na etapa de definição de prioridades e objetivos, na medida em que não faz sentido definir objetivos que não sejam passíveis de avaliação. Neste sentido, se constitui um processo avaliativo concebido prospectivamente, e que se realiza a cada etapa do ciclo produtivo focado, e não apenas em termos de avaliação retrospectiva de resultados.

Toda a discussão até agora desenvolvida pretendeu demonstrar que o processo de atenção a saúde é um processo de trabalho altamente coletivizado. Portanto, uma proposta de plano de incentivo que se baseie na performance individual parece ser de maneira geral, bastante inconsistente com o princípio de equidade da remuneração.

O segundo aspecto importante quanto a remuneração se refere a necessidade da apropriação ser individual ou não. Nada garante que a apropriação individual seja mais eficaz que a apropriação através de benefícios coletivos. Tal aspecto é particularmente importante quando se considera as limitações legais muitas vezes presentes no serviço público para este procedimento.

Por outro lado, o reconhecimento visível do resultado do trabalho conjuntamente desenvolvido através da melhoria de suas condições de trabalho e da possibilidade de incremento nas condições de saúde dos pacientes, parece ser um estímulo bastante importante tanto para médicos como para os demais profissionais de saúde. Entretanto, se esta melhoria pode ser demonstrada por indicadores, e reconhecida através de melhorias e benefícios adicionais distribuídos ao conjunto da equipe via compra de equipamentos, financiamento para treinamentos e capacitação, etc., conseguidos através de recursos derivados e identificados como resultado dos esforços de transformação do trabalho, não ha a necessidade de remuneração de quantias competitivas no mercado para a continuidade do processo.

Assim, nos parece que a implantação de um plano de incentivos pode ter sua eficácia limitada se é direcionada a conquista de um objetivo que se esgota em si mesmo. Um dos problemas dos planos de incentivos é o de fixar como meta objetivos apenas de natureza financeira, o que tende a direcionar o processo para ações mais lucrativas para a instituição, a não para a análise prévia dos problemas de qualidade. Por outro lado, se esta estratégia acompanha um esforço de estímulo a participação e envolvimento do conjunto dos trabalhadores num processo de negociado de construção de consenso e transformação institucional, sua possibilidade de sucesso e de ser auto-sustentável a

longo prazo pode ser muito maior.

4. PLANOS DE INCENTIVOS - ALGUNS EXEMPLOS

4.1. FORSYTH MEMORIAL EMPLOYEE SUGESTION PLAN (9)

FORSYTH MEMORIAL HOSPITAL é um hospital privado, não lucrativo, com 894 camas, empregando aproximadamente 2150 funcionários. O hospital oferece internação a casos agudos e crônicos e assistência ambulatoria a uma grande população urbana na Carolina do Norte.

O plano de incentivos desenvolvido tinha como objetivo criar oportunidades e estimular os funcionários para identificação de procedimentos ou medidas que pudessem reduzir custos ou incrementar a produtividade.

Todos os funcionários eram elegíveis para apresentar suas propostas, exceto os membros do Conselho Administrativo, Staff da Gerência de Engenharia, auditores internos e membros do Comitê do Plano de Sugestões.

Os gerentes dos departamentos só poderiam apresentar propostas para outros departamentos.

Fluxo do processo:

A sugestão recolhida da caixa de sugestões era registrada pelo coordenador do plano e enviada ao supervisor do respectivo departamento para análise. Este deveria dentro de 30 dias enviar um parecer ao Comitê, a respeito da viabilidade ou não de sua implantação, com justificativas, bem como com uma estimativa da quantia potencialmente economizada.

A sugestão era então reavaliada pelo Comitê e em caso de ser aprovada determinava-se o valor da remuneração - 20% da quantia potencialmente economizada, ou quando não mensurável, o comitê definia algum valor - premiava-se o funcionário e implementava-se a sugestão.

RESULTADOS:

- Mais de 300 sugestões; 50 indivíduos premiados.
- Economia de \$140.000 em sete anos (\$20.000 /ano).
- Prêmios individuais da ordem de \$25 à \$5.000.

A partir dos anos seguintes: - elevação para 50% do valor economizado até o teto \$5.000. No caso de economia acima de \$100.000, prêmio \$10.000.

COMENTÁRIOS:

Tal sistema de incentivo tem a vantagem de apresentar grande SIMPLICIDADE E BAIXO CUSTO para sua implantação. Entretanto, como se baseia em sugestões individuais espontâneas e esporádicas, e não em um processo sistemático e contínuo, representando um baixo poder decisório, tende a se concentrar em problemas pontuais com pouco impacto nas relações inter/intra profissionais e na qualidade final dos serviços. Tende, constituído desta forma, a manter-se como um programa isolado, a

espera de contribuições brilhantes e não como uma estratégia coletiva de incremento de produtividade e qualidade no serviço.

4.2. BOSTON CITY HOSPITAL - PLANO DE INCENTIVOS PARA GERENTES INTERMEDIÁRIOS (39)

O Boston City Hospital é um hospital público, municipal, destinado ao atendimento geral de casos crônicos e agudos. Presta assistência tanto a pacientes segurados como a indigentes e pacientes cobertos por Medicare ou Medicaid.

Seus funcionários são pagos por salário, inclusive os médicos.

Sofrera no ano anterior a implementação de seu plano de incentivos uma redução de 25% no seu orçamento anual, em função das dificuldades financeiras do município.

Seu plano de incentivos iniciou-se como uma experiência piloto em 4 das 15 equipes gerenciais (definidas em função das diversas especialidades médicas existentes), do Centro de Atenção Ambulatorial. Tais equipes gerenciais eram compostas por um Chefe da Equipe Médica, um Gerente Administrativo e um Chefe de Enfermagem.

OBJETIVOS:

- 1) Promover incremento nos ganhos hospitalares.
- 2) Estabelecer que através do provimento de incentivos pessoais para lideranças, médicas e não médicas, em um hospital público podem levar a um incremento nos ganhos hospitalares.
- 3) Reforçar a interdependência entre os gerentes das equipes médica, de enfermagem e administrativa das unidades clínicas, através do estabelecimento de uma parceria equitativa neste programa.
- 4) Prover uma forma de bônus salarial aos gerentes das equipes médica, de enfermagem e administrativa que alcançarem uma contribuição mensurável à melhoria do status financeiro do hospital.

DISTRIBUIÇÃO:

* Quadrimestral, através das medições dos parâmetros identificados como adequados pelos departamentos envolvidos, frente ao incremento nos lucros.

* Uma das equipes piloto definiu como parâmetro para remuneração a quantia referente a 50% dos lucros acima de 3% , tomando por base o ano anterior. Outras equipes definiram seu parâmetro em função do incremento nos atendimentos realizados.

RESULTADOS:

- * Alta na utilização de todos os serviços
- * O incremento na utilização dos serviços ambulatoriais, provavelmente promoveu um incremento nos ganhos hospitalares, ainda que o sistema de controle financeiro não estivesse suficientemente articulado ao sistema de informação de produção, em função da diversidade de formas de remuneração hospitalar existentes.

casos controversos; e feed-back aos profissionais médicos.

Desenvolveu-se também um forte sistema de informação gerencial computadorizada.

O Programa de incentivos financeiros implementado a partir de então, visava tanto o aumento nos dias autorizados para internação, como o declínio nos dias rejeitados.

Os fundos, distribuídos ao final do ano tinham sua utilização decidida pelo conjunto do staff (médicos, funcionários administrativos e enfermagem), não podendo ser destinados a indivíduos, sendo aplicados na compra de equipamentos, suprimentos ou capacitação profissional.

O cálculo da quantia a ser distribuída baseava-se na multiplicação dos dias aprovados no ano pelo ods-ratio entre dias aprovados a dias rejeitados do ano anterior e do ano atual, calculado sob um intervalo de confiança de 95%. A partir daí identificava-se as quantidade de unidades a ser remunerada por cada departamento, e o valor era distribuído percentualmente por cada departamento a partir de uma quantia destinada ao fundo de incentivos, definida pela direção do hospital.

- Resultados: alta de 25% nos dias aprovados, e declínio de 4% nos dias rejeitados.

- 20 dos 26 departamentos clínicos (assistência direta), apresentaram aumento significativo de rendimento.

- Montante: \$4.500 à \$120.000 média \$37.500 p/depto

- Qualidade: segundo o comitê de garantia de qualidade, da joint commission of accreditation of health organizations, não houve conseqüências quanto a qualidade prestada por LACUSC.

Princípios éticos:

1) operar de maneira a poupar recursos escassos e limitar assistência prestada aos pacientes é antiético

2) premiar esforços e promover mudanças construtivas e criativas para garantir adequada prestação de assistência e ético.

- Problemas:

* Dificuldades de extensão do sistema de incentivos para os demais departamentos não relacionados diretamente com a assistência, mas que tem influência no resultado final do trabalho realizado.

* Limites de expansão para departamentos que alcançaram uma produção ótima.

COMENTÁRIOS:

A proposta desenvolvida por UCLA parece ter sido implementada frente a um problema bastante bem definido, qual seja a rejeição na autorização de pagamento. Tal problema gerou todo um esforço de capacitação prévio quanto a critérios de aprovação ou rejeição das internações, com implementação de um sistema de revisão de utilização em 100% dos casos e de informação altamente desenvolvido. Paralelamente, se buscou o envolvimento sistemático do staff médico na revisão dos casos e no desenvolvimento de "guidelines", previamente a implantação do plano de incentivos.

A remuneração, frente aos impedimentos legais, se fez através de um fundo de incentivos do Hospital, constituído com base no incremento da lucratividade dos

departamentos. A aplicação dos recursos era decidida conjuntamente entre o staff médico, de enfermagem e administrativo do departamento e destinava-se a aquisição de equipamentos, suprimentos, e educação profissional. Os resultados apresentados, por sua vez parecem indicar um programa bem sucedido em termos financeiros. Alguns dos problemas ou questões pendentes parecem indicar, entretanto, a dificuldade de relacionar os incentivos aos resultados financeiros. O incremento na utilização dos serviços foi proporcionalmente muito maior que a redução nos dias rejeitados, o que indica uma valorização das atividades financeiramente mais interessantes. Este incremento, como já discutido anteriormente, não garante, necessariamente, maior Qualidade ou menor custo final na atenção. O segundo problema colocado, a remuneração dos outros departamentos não clínicos, como laboratório, anestesiologia, setores administrativos, etc., apresenta uma dificuldade inicial no planejamento frente a construção do processo de atenção como um todo. Paralelamente, não há a indicação de desenvolvimento de outros critérios de qualidade além dos referidos aos dias aprovados / dias rejeitados. O processo todo parece estar localizado apenas neste ponto, necessitando portanto de maior abertura para as questões específicas de cada área e de sua inter-relação com as demais.

4.5. O último caso que nos pareceu importante apontar é o descrito por Koshuta e McCuddy (23). Aqui os autores pretendem promover um programa de incremento a produtividade, baseado em quatro componentes básicos:

- 1) um sistema de trabalho organizado por equipes;
- 2) um sistema de avaliação e controle de produtividade;
- 3) a definição de metas para incremento de produtividade;
- 4) o desenvolvimento de um sistema de premiação para reforçar o envolvimento do Staff frente as metas de produtividade.

A primeira fase deste processo iniciou-se com um questionário distribuído a todo o staff onde se procurava identificar como o trabalho no hospital estava organizado em termos de trabalho por equipe e o potencial dos profissionais em responder a um sistema de trabalho orientado por equipes, bem como o tipo de remuneração desejada frente a um possível incremento de produtividade. Tal pesquisa foi então devolvida aos departamentos para a identificação de que maneira e em quais áreas se poderia desenvolver o trabalho em equipe. Em vários departamentos este foi um momento catártico importante para o enfrentamento de antigos problemas que vinham sendo evitados. De maneira geral, tal esforço permitiu um maior comprometimento da equipe com o trabalho e a identificação da necessidade do trabalho em equipe para o alcance dos princípios de incremento de produtividade e prestação de assistência de qualidade aos clientes.

A seguir foram organizadas equipes interdepartamentais com a finalidade de articular os diversos fluxos e processos de trabalho realizados. Tal esforço, inclusive redundou em algumas reorganizações departamentais e hierárquicas, com fusão de departamentos e redução de linhas de mando contraditórias.

O sistema de avaliação de produtividade foi constituído com base no seguinte modelo: $\text{produtividade} = (\text{output/input}) \times \text{qualidade}$. Cada departamento tinha a responsabilidade de construir seu próprio padrão. A maioria dos departamentos definiu seu padrão de produtividade em termos de recursos financeiros gerados por custos, ou em termos de horas disponíveis/contratadas por horas ocupadas/trabalhadas.

O padrão de qualidade funcionava como um modulador da produtividade. Aqui

casos controversos; e feed-back aos profissionais médicos.

Desenvolveu-se também um forte sistema de informação gerencial computadorizada.

O Programa de incentivos financeiros implementado a partir de então, visava tanto o aumento nos dias autorizados para internação, como o declínio nos dias rejeitados.

Os fundos, distribuídos ao final do ano tinham sua utilização decidida pelo conjunto do staff (médicos, funcionários administrativos e enfermagem), não podendo ser destinados a indivíduos, sendo aplicados na compra de equipamentos, suprimentos ou capacitação profissional.

O cálculo da quantia a ser distribuída baseava-se na multiplicação dos dias aprovados no ano pelo ods-ratio entre dias aprovados a dias rejeitados do ano anterior e do ano atual, calculado sob um intervalo de confiança de 95%. A partir daí identificava-se as quantidades de unidades a ser remunerada por cada departamento, e o valor era distribuído percentualmente por cada departamento a partir de uma quantia destinada ao fundo de incentivos, definida pela direção do hospital.

- Resultados: alta de 25% nos dias aprovados, e declínio de 4% nos dias rejeitados.

- 20 dos 26 departamentos clínicos (assistência direta), apresentaram aumento significativo de rendimento.

- Montante: \$4.500 à \$120.000 média \$37.500 p/depto

- Qualidade: segundo o comitê de garantia de qualidade, da joint commission of accreditation of health organizations, não houve consequências quanto a qualidade prestada por LACUSC.

Princípios éticos:

1) operar de maneira a poupar recursos escassos e limitar assistência prestada aos pacientes é antiético

2) premiar esforços e promover mudanças construtivas e criativas para garantir adequada prestação de assistência e ético.

- Problemas:

* Dificuldades de extensão do sistema de incentivos para os demais departamentos não relacionados diretamente com a assistência, mas que tem influência no resultado final do trabalho realizado.

* Limites de expansão para departamentos que alcançaram uma produção ótima.

COMENTÁRIOS:

A proposta desenvolvida por UCLA parece ter sido implementada frente a um problema bastante bem definido, qual seja a rejeição na autorização de pagamento. Tal problema gerou todo um esforço de capacitação prévio quanto a critérios de aprovação ou rejeição das internações, com implementação de um sistema de revisão de utilização em 100% dos casos e de informação altamente desenvolvido. Paralelamente, se buscou o envolvimento sistemático do staff médico na revisão dos casos e no desenvolvimento de "guidelines", previamente a implantação do plano de incentivos.

A remuneração, frente aos impedimentos legais, se fez através de um fundo de incentivos do Hospital, constituído com base no incremento da lucratividade dos

departamentos. A aplicação dos recursos era decidida conjuntamente entre o staff médico, de enfermagem e administrativo do departamento e destinava-se a aquisição de equipamentos, suprimentos, e educação profissional. Os resultados apresentados, por sua vez parecem indicar um programa bem sucedido em termos financeiros. Alguns dos problemas ou questões pendentes parecem indicar, entretanto, a dificuldade de relacionar os incentivos aos resultados financeiros. O incremento na utilização dos serviços foi proporcionalmente muito maior que a redução nos dias rejeitados, o que indica uma valorização das atividades financeiramente mais interessantes. Este incremento, como já discutido anteriormente, não garante, necessariamente, maior Qualidade ou menor custo final na atenção. O segundo problema colocado, a remuneração dos outros departamentos não clínicos, como laboratório, anestesiologia, setores administrativos, etc., apresenta uma dificuldade inicial no planejamento frente a construção do processo de atenção como um todo. Paralelamente, não há a indicação de desenvolvimento de outros critérios de qualidade além dos referidos aos dias aprovados / dias rejeitados. O processo todo parece estar localizado apenas neste ponto, necessitando portanto de maior abertura para as questões específicas de cada área e de sua inter-relação com as demais.

4.5. O último caso que nos pareceu importante apontar é o descrito por Koshuta e McCuddy (23). Aqui os autores pretendem promover um programa de incremento a produtividade, baseado em quatro componentes básicos:

- 1) um sistema de trabalho organizado por equipes;
- 2) um sistema de avaliação e controle de produtividade;
- 3) a definição de metas para incremento de produtividade;
- 4) o desenvolvimento de um sistema de premiação para reforçar o envolvimento do Staff frente as metas de produtividade.

A primeira fase deste processo iniciou-se com um questionário distribuído a todo o staff onde se procurava identificar como o trabalho no hospital estava organizado em termos de trabalho por equipe e o potencial dos profissionais em responder a um sistema de trabalho orientado por equipes, bem como o tipo de remuneração desejada frente a um possível incremento de produtividade. Tal pesquisa foi então devolvida aos departamentos para a identificação de que maneira e em quais áreas se poderia desenvolver o trabalho em equipe. Em vários departamentos este foi um momento catártico importante para o enfrentamento de antigos problemas que vinham sendo evitados. De maneira geral, tal esforço permitiu um maior comprometimento da equipe com o trabalho e a identificação da necessidade do trabalho em equipe para o alcance dos princípios de incremento de produtividade e prestação de assistência de qualidade aos clientes.

A seguir foram organizadas equipes interdepartamentais com a finalidade de articular os diversos fluxos e processos de trabalho realizados. Tal esforço, inclusive redundou em algumas reorganizações departamentais e hierárquicas, com fusão de departamentos e redução de linhas de mando contraditórias.

O sistema de avaliação de produtividade foi constituído com base no seguinte modelo: $\text{produtividade} = (\text{output}/\text{input}) \times \text{qualidade}$. Cada departamento tinha a responsabilidade de construir seu próprio padrão. A maioria dos departamentos definiu seu padrão de produtividade em termos de recursos financeiros gerados por custos, ou em termos de horas disponíveis/contratadas por horas ocupadas/trabalhadas.

O padrão de qualidade funcionava como um modulador da produtividade. Aqui

cada departamento tratou de identificar o elemento central do seu processo de trabalho e transforma-lo em um índice que indicasse o grau de qualidade atingido. Assim, o laboratório definiu seu índice através de uma relação entre exames realizados e reclamações médicas por exames incorretos. Já o departamento de enfermaria definiu uma escala de qualidade baseada na severidade de uma reclamação verificada e justificada.

A partir de então foram definidas metas de incremento de produtividade em geral em torno de 5 a 15% por departamento.

O sistema de premiação baseado em equipes previa a distribuição de remuneração financeira baseada na lucratividade do hospital. Assim parte deste lucro era retido pela administração do hospital. O restante era repartido em parte para a totalidade dos funcionários, parte para os membros das equipes interdepartamentais que alcançaram ou superaram suas metas, e parte para um fundo por cada departamento específico que alcançasse ou superasse suas metas.

De maneira geral o conjunto dos serviços, os quais vinham apresentando uma tendência de incremento na produtividade no ano antecedente a introdução do programa, apresentaram um decréscimo durante o ano de implantação do projeto e a partir de então recuperaram seu nível de produtividade a taxas superiores ao ponto máximo de produtividade prévio a sua implantação. Tal período de queda foi entendido como o período necessário para as definições, aprendizados e adaptações necessárias a implementações dos trabalho por equipe.

Os principais problemas identificados dizem respeito a dificuldade e ao tempo necessário para a definição destas novas normas e formas de organização do trabalho, ao mesmo tempo em que o serviço segue tendo que responder as mesmas demandas de sempre. Por outro lado vários dos chefes de departamento, anteriormente responsáveis apenas pela prática clínica, agora se viam responsáveis também por um gerenciamento econômico-financeiro que freqüentemente os colocava em situações conflitivas e contraditórias.

COMENTÁRIOS:

Este nos parece o caso mais significativo em termos de desenvolvimento de uma proposta integral de transformação institucional visando o incremento de produtividade. Aqui a proposta de incentivo integra um conjunto de outras medidas visando o desenvolvimento do trabalho em equipe e a transformação da cultura da organização. Nos parece apenas que a definição de um índice de qualidade global para o departamento, se é um elemento fundamental para permitir sua avaliação, evidentemente não supera o esforço para uma melhor compreensão de todos os processos que sejam necessários para a produção deste resultado. Até porque alguns destes resultados e destes processos não podem ser agrupados com facilidade devido a própria natureza do trabalho. Assim é por exemplo, se é mais fácil definir um padrão de qualidade de um laboratório que tem um determinado padrão de produção em série, é muito mais complicado definir este referencial para serviços mais complexos, do ponto de vista do número de variáveis envolvidas. Tanto que parte dos departamentos referidos no trabalho não tinham ainda conseguido desenvolver seus próprios padrões, ou não tinham conseguido ainda adapta-los a fórmula apresentada. O que, em última análise pode levar,

novamente a uma valorização de aspectos mais facilmente identificáveis, como os financeiros.

CONCLUSÕES:

As discussões sobre o impacto dos incentivos financeiros a prática dos profissionais de saúde, particularmente os médicos, vem ganhando espaço nos dias de hoje face as necessidades de readaptação dos serviços frente a nova realidade econômico-social caracterizada pelo encolhimento do Estado no setor saúde, e pelo incremento da competição entre os prestadores, características das propostas de desregulação.

As informações atualmente disponíveis, indicam que os médicos são responsáveis a estes estímulos financeiros, ainda que o impacto final destas respostas seja em termos de qualidade, seja em termos de controle de custos não estejam bem definidas, entre outras razões pela superposição destes incentivos a outros incentivos, as vezes divergentes, dirigidos a hospitais, usuários, seguradores ou outros pagadores.

Assim, algumas medidas seriam importantes do ponto de vista macro-estrutural para permitir um melhor alinhamento de interesses neste mercado e permitir uma competição menos enviesada.

Tais medidas se direcionam a garantia de cobertura universal, que impeça a forte segmentação de mercado hoje existente, a existência de leis anti-truste que visem impedir o surgimento de grandes monopólios, a responsabilização de seguradoras e outros intermediários na compra dos serviços pela qualidade dos serviços prestados, incremento na participação e acesso as informações por parte dos usuários, assim como forte estímulo ao desenvolvimento de investigações sobre os resultados e impactos dos serviços e ações desenvolvidas.(42,43)

No nível micro-estrutural, por sua vez, a implantação de incentivos traz uma série de riscos relacionados as relações intra e inter-profissionais e a disponibilidade de cooperação, frente ao estabelecimento de competição ou sentimentos de inequidade na remuneração no interior dos serviços. Isto provoca evidentes riscos para a qualidade final do produto, dada a intensa interdependência hoje existente nas práticas de atenção a saúde. Por outro lado, mesmo que o incentivo seja efetivo no incremento, ou redução, na utilização do serviço, tal processo tem um limite acima ou abaixo do qual ou o serviço/profissional não suporta mais a carga de trabalho, ou a redução na utilização põe em risco evidente a saúde ou pelo menos, a tolerância e satisfação do usuário. A questão que se coloca então é que fazer com o incentivo, a longo prazo, quando se alcança esta produção ótima?

Por outro lado, especialmente entre os médicos, as decisões sobre a prática parecem ser fortemente influenciada pelas pressões de seus próprios pares, ou por lideranças reconhecidas na área. Entretanto, são crescentes os mecanismos de controle e regulação das praticas, seja da parte dos serviços, do Estado ou da sociedade.

Tal situação poderia facilitar a construção de uma proposta negociada, de melhoria contínua de qualidade para a crise nos serviços de saúde, baseados na incorporação da visão do cliente, do compreensão do trabalho como um processo com múltiplos atores, do princípio da atuação preventiva e não da identificação das "maças podres"(3), da não punição, que permitisse a reconstrução de uma autonomia compartilhada entre o médico e os demais profissionais do serviço, e não o atual confronto de visões

isoladas e desconectadas da missão da instituição.

Sob esta perspectiva os incentivos jogariam um papel de reconhecimento pelo trabalho melhor realizado, através do esforço coletivo, e não de um objeto desejo desconectado do entendimento e articulação do processo de trabalho como um todo. Por outro lado, como tal enfoque pressupõe explicitamente que o estudo, entendimento e avaliação das práticas seja um processo contínuo e participativo, a negociação e flexibilização dos incentivos se faz concomitantemente. Tal característica de trabalho por equipe, parece permitir um melhor rendimento global, além de não exigir remunerações tão significativas, do ponto de vista das quantias individuais se seus benefícios puderem ser compartilhados por todos os membros da equipe.

A questão da definição dos objetivos, entretanto, nos parece merecer ainda uma significativa atenção. Se a proposta de desenvolvimento de melhoramento contínuo de qualidade pressupõe um momento de construção de consenso coletivo em torno dos objetivos da organização, onde interagem dados objetivos da realidade e valores subjetivos de cada ator envolvido no processo, por outro lado, as metas a serem alcançadas necessitam ser transformadas em fatos mensuráveis. Assim, é possível definir custo de uma procedimento, como é possível construir indicadores de processo através da identificação das diversas etapas que compõem um trabalho. Isto permitiria reduzir tempo desnecessário, otimizar e agilizar serviços, identificar fluxos de trabalho mais eficientes, reduzir riscos inerentes aos procedimentos, etc. Entretanto a questão se complica significativamente quando se pretende trabalhar sobre resultados finais como impacto de determinados procedimentos sobre a saúde dos indivíduos, ou sobre uma população determinada servida por um serviço ou conjunto de serviços. Neste nível se requerem conhecimentos que não são mais os provenientes apenas do senso comum, da Medicina ou Administração, mas obriga a entrar nos campos das Ciências Básicas, Epidemiologia, Sociologia, História, Política, etc. Ainda que este nível de discussão possa colocar a questão num ponto muito abstrato, não buscar aportes nestes campos nos levaria a correr os risco de estar realizando mudanças, ainda que extremamente necessárias, superficiais quanto ao alcance de melhores condições de saúde para a população.

BIBLIOGRAFIA:

1. Aquino, Jorge et al. Recursos Humanos. Ediciones Machi, Córdoba, 1993.
2. Barbusca, Andrew and Cleek, Margaret. Measuring gain-sharing dividends in acute care hospitals/ *Health Care Manage Rev*, 1994, 19(1), 28-33.
3. Berwick, Donald M. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *N Engl J Med* 1989; 320:53-56.
4. Berwick, Donald M. *Curing Health Care: new strategies for quality improvement/* San Francisco, California: Jossey-Bass Inc., 1994.
5. Burns, Lawton R. and Thorpe, Darrell P. Trends and models in physician-hospital

organization/ Health Care Management Review, 1993, 18(4),7-20.

6. Carr, David K. e Littman, Ian D. Excelencia nos serviços públicos: gestão da qualidade total na década de 90/ Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1992.

7. Chan, Linda S., Wagers, Park W., Hernandez, Ramona and Bernstein, Sol. An incentive program to increase revenue in a public hospital/ Health Care Manage Rev, 1990, 15(2), 31-41.

8. Channon, Brian. Executive incentive plans for hospitals/ THCF, 1986, 12(4), 27-38.

9. del Bueno, Dorothy J. and Bridges, Peggy B. Providing Incentives While Reducing Costs: An Employee Suggestion Plan/ Nursing Economics, 1985; 3:212-215.

10. Fanning, Thomas and Alteriis, Martin. The limits of marginal economic incentive in the Medicaid Program: Concerns and Cautions/ Journal of Health Politics, Policy and Law, 1993, 18(1): 27-43.

11. Girardi, Sabado Nicolau. Proyecto Patronos de Utilizacion de Recursos Humanos en Salud en America Latina: Un Estudio de Casos en Mexico y Paraguay - Informe Final/ PAHO HRD, Washington DC, 1993.

12. Gonçalves, Ricardo Bruno Mendes. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades/ São Paulo: CEFOR, 1992.

13. Greco, Peter J. and Eisenberg, John M. Changing Physicians' Practices/ N Engl J Med 1993, 329(17):1271-1273.

14. Grumbach, Kevin and Fry, John. Managing Primary Care in the Unidet States and in the Unidet Kingdom/ N Engl J Med 1993; 328(13):940-945.

15. Hemenway, et al. Physicians' Response to Financial Incentives: evidence for a for-profit ambulatory care center./ N Engl J Med, 1990, 322(15):1059-1063.

16. Herzberg, Frederick. One More Time: How do you motivate employees? / Harvard Business Review, September-October, 1987:109-120.

17. Hillman, Alan L. Financial Incentives for Physicians in HMOs: Is There a Conflict of Interest?/ N Engl J Med, 1987, 317(27):1743-1748.

18. Hillman, Alan L., Pauly, Mark V., Kerstein, Joseph J. How do Financial Incentives Affect Physicians' Cincial Decisions and the Financial Performance of Health Maintenance Organizations?/ N Engl J Med 1989; 321:86-92.

19. Hillman, Alan L., Welch, W. Pete and Pauly, Mark V. Contractual Arrangements Between HMOs and Primary Care Physicians: Three- Tired HMOs and Risk Pools/

Medical Care 1992, 30(2), 136-148.

20. Hornby, Peter and Sidney, Elizabeth. *Motivacion and Health Service Performance/ World Health Organization, Division of Health Manpower Development, Geneva, 1988.*

21. Hsiao, William C. and cols. *Assessing the implementation of Physician-Payment Reform/ N Engl J Med 1993; 328:928-933.*

22. Kohn, Alfie. *Why Incentive Plans Cannot Work/ Harvard Business Review, September-October, 1993:54-63.*

23. Koshuta, Michael and McCuddy, Michael K. *Improving Productivity in the Health Care Industry: an argument and supporting evidence from one hospital/ Health Care Superv 1989, 8(1), 15-30.*

24. Lee, David W. and Gillis, Kurt D. *Physician Responses to Medicare Physician Payment Reform: Preliminary Results on Access to Care/ Inquiry 30: 417-428 (Winter 1993).*

25. Levine, David I. and Tyson, Laura D'Andrea. *Participation, Productivity, and the Firm's Environment, p.183-243, in Blinder, Alan S.(ed.). Paying for Productivity: a look at the evidence/ Washington,DC: The Brookings Institution, 1990.*

26. McGuire, Thomas G. and Pauly, Mark V. *Physician response to fee changes with multiple payers/ Journal of Health Economics, 1991, 10:385-410.*

27. *Medical Care, The Resource-Based Relative Value Scale: Its Further Development and Reform of Physician Payment. Supplement, November 1992, vol30 N°11. J.B. Lippincott Company, Philadelphia.*

28. Miller, Mark E. and Welch, W. Pete, *Growth in Medicare Inpatient Physician Charges Per Admission, 1986-1989./ Inquiry 30:249-259 (Fall 1993).*

29. Mittman, Brian S. and Siu, Albert L. *Changing Provider Behavior: Applying Research on Outcomes and Effectiveness in Health Care, p.195-226, in Shortell, Stephen M. and Reinhardt, Uwe E.(ed.). Improving Health Policy and Management: nine critical research issues for the 1990s/ Ann Arbor: Health Administration Press, 1992.*

30. Motta, Paulo Roberto. *Gestão Contemporanea: a ciencia e a arte de ser dirigente/ Rio de Janeiro: Record, 1991.*

31. Nogueira, Roberto Passos. *Perspectivas de Qualidade em Saúde/ Rio de Janeiro, Qualitymark Ed., 1994.*

32. Pauly, Mark V. *Effectiveness Research and the Impact of Financial Incentives on Outcomes, p.151-194, in Shortell, Stephen M. and Reinhardt, Uwe E.(ed.). Improving*

Health Policy and Management: nine critical research issues for the 1990s/ Ann Arbor: Health Administration Press, 1992.

33. Pine, Michael and Kongstvedt, Peter R., Quality Management, p.161-170, in The Managed Health Care Handbook, Peter R. Kongstvedt/ Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc., 1993.

34. Rakich, Jonathon and Becker, Edmund R. Unidet States physician payment reform: Background and comparasion with the Canadian model/ Health Care Manage Rev, 1992, 17(1), 9-19.

35. Ratcliffe, Julie. Extra-market incentives in the new NHS/ Health Policy, 25(1993) 169-183.

36. Relman, Arnold S. Salaried Physicians and Economic Incentives/ N Engl J Med, 1988 319:784.

37. Robinson, James C. Payment Mechanisms, Nonprice Incentives, and Organizational Innovation in Health Care/ Inquiry 30: 328-333 (Fall 1993).

38. Santana, Paranaguá (org.). Regulação do Trabalho em Saúde/ OPS, Brasília, 1994.

39. Shyavitz, Linda, Rosenbloom, David and Conover, Lynn. Financial incentives for middle managers: pilot program in an inner city, municipal teaching hospital./ Health Care Manage Rev, 1985, 10(3), 37-44.

40. Sindicato Médico do Uruguai. Los Cambios Necesários en el Trabajo Médico/ Montevideo, 1992.

41. Smith, Howard L., Reid, Richard A. and Piland, Neill F. Managing hospital-physician relations: A strategy scorecard/ Health Care Manage Rev, 1990, 15(4), 23-33.

42. Steinwachs, Donald M. Redesign of Delivery Systems to Enhance Productivity, p.275-310, in Shortell, Stephen M. and Reinhardt, Uwe E.(ed.). Improving Health Policy and Management: nine critical research issues for the 1990s/ Ann Arbor: Health Administration Press, 1992.

43. Teisberg, Elizabeth O., Porter, Michael E., Brown, Gregory B. Making Competition in Health Care Work/ Harvard Business Review, July-August 1994:131-141.

44. Welch, W. Pete, Hillman, Alan L. and Pauly, Mark V. Toward New Typologies for HMOs./ The Milbank Quaterly, vol 68, n°2, 1990;221-243.

45. Wolmering, Carolyn. Incentive Programs: A Way to Cost Containment/Nursing Management, 1987, 18(9):49-51.

A GESTÃO DO TRABALHO NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE: ELEMENTOS PARA UMA PROPOSTA

J. Paranaguá de Santana*

1. Introdução

A operação dos serviços de saúde no Brasil apresenta uma série de deficiências cujas explicações devem ser buscadas em diferentes campos. Embora tais explicações exijam enfoque mais amplo, este trabalho abordará o aspecto de recursos humanos, especificamente no que diz respeito às formas de sua utilização no interior dos estabelecimentos de saúde, ou seja, às práticas de gerência do trabalho nesses serviços.

Há um amplo consenso sobre a necessidade de superar entraves e limitações dos processos gerenciais de recursos humanos tradicionalmente adotados pelas instituições de saúde. Para que isso, torna-se indispensável elaborar propostas e trabalhar sua viabilidade, buscando sempre a inovação e o aperfeiçoamento das práticas de administração do trabalho nos serviços de saúde.

O objetivo desse artigo é contribuir para a discussão do tema da gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde, a partir da análise das características das organizações desse setor, apresentando uma proposta que aponte para a superação dos estrangulamentos que dificultam o alcance de patamares mais elevados de produtividade com qualidade nesses serviços.

2. A Organização dos Serviços de Saúde

A análise das organizações de saúde é de fundamental importância para a abordagem do tema da gestão do trabalho, ou mesmo da gestão desses serviços como um todo. Com base na interessante discussão dessa questão feita por Dussault¹, serão

* Consultor da Organização Pan-Americana da Saúde - Representação do Brasil

(1) Dussault, J. - A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Rev. Ad. Púb., Rio de Janeiro, 26 (2): 8-19, abr./jun., 1992.

discutidas três perguntas cuja formulação pretendeu abarcar as diferentes dimensões consideradas por aquele autor:

- quais são os elementos essenciais das organizações que produzem serviços de saúde?

- quais os desafios atuais para a gestão dessas organizações?

- qual a importância da gestão do trabalho na vida dessas organizações?

Além das questões acima, interessa a abordagem de certas especificidades do trabalho em saúde, as quais constituem elementos de consideração indispensável para a compreensão do tema das relações de trabalho nesse setor, fornecendo, portanto, bases para a formulação de propostas e execução de qualquer intento gerencial.

2.1. Características dos Serviços de Saúde

O sucesso de qualquer organização depende, em maior ou menor grau, do empenho de cada uma dos seus integrantes. No caso das organizações de saúde, essa observação se aplica de modo radical, porque dependem, utilizando as expressões de Dussault², "...de seus operadores, em primeiro lugar", são "organizações profissionais" onde "...o saber e as habilidades são formalizadas através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais".

O significado prático do que foi dito acima encontra-se presente no cotidiano de todos que labutam nos estabelecimentos de saúde, tanto daqueles que realizam as atividades como dos que são responsáveis pela direção institucional. Os primeiros, os "operadores", têm, muitas vezes, apenas uma difusa idéia dessa questão, mas seu comportamento efetivo não deixa dúvidas a esse respeito, na medida em que preservam, com todo zelo, os limites de autonomia possível em cada ato de seu trabalho. Os dirigentes, ainda quando não se apercebem formalmente daquele conceito, reconhecem que seu papel no desempenho final da organização é muito limitado, restringindo-se apenas à mobilização dos recursos e das condições mais adequadas possíveis para seu funcionamento. Quem decide a indicação de medicamentos, equipamentos e outros insumos? quem administra seu uso? como o faz? quem poderia controlar sua aplicação adequada e econômica? - Não há dúvida que as respostas apontarão os responsáveis pela execução direta das atividades, demonstrando que o verdadeiro controle de todo o processo produtivo depende dos diversos profissionais que operam os serviços, aqueles que estão "na ponta da linha". Esse enfoque corresponde, sob a ótica da ciência administrativa, ao que tem sido analisado por outros autores, numa trilha mais influenciada pela economia política, constatando a relevância, ou melhor, a transcendência do trabalho no processo de produção de serviços de saúde³.

Outra característica das organizações sanitárias ressaltada por Dussault decorre do fato de que os "serviços produzidos atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar"⁴. Essa questão vem ocupando as atenções de muita gente há muito tempo, tendo adquirido renovado interesse na era atual, em virtude de dois fatores

(2) Idem, p. 11

(3) NOGUEIRA, R.P. - O Processo de Produção de Serviços de Saúde. *Educación Médica y Salud*, 25 (1): 15-27, 1991

(4) Dussault, op. cit., p. 13.

fundamentais: a elevação da consciência individual e coletiva com relação a tais necessidades e o avanço dos direitos sociais quanto ao seu atendimento. A discussão sobre a adequação da oferta de serviços de saúde no contexto da modernidade das relações sociais passa a ter um participante destacado, o próprio usuário de tais serviços, tradicionalmente apelidado de paciente. Seus interesses passam a ser considerados de uma forma nova, especialmente porque vão sendo progressivamente assumidos e advogados pelos próprios usuários, ao mesmo tempo em que se reduz a intermediação historicamente feita pelos profissionais de saúde, mormente os médicos, que sempre se julgaram conhecedores das necessidades de seus pacientes e, portanto, advogados ou árbitros de seus interesses. Esses são tópicos atualíssimos para reflexão e debate no momento em que tanto se fala em gestão de qualidade total e das possibilidades de sua aplicação no campo dos serviços de saúde.

No que se refere à avaliação dos serviços, mesmo as metodologias mais tradicionalmente aceitas, assentadas geralmente no enfoque epidemiológico ou estatístico, encontram críticas quanto à sua adequação às necessidades objetivas e específicas dos usuários ou quanto à sua utilidade para a prática cotidiana dos profissionais de saúde, no que diz respeito às decisões de diagnóstico e tratamento e avaliações de prognóstico⁵.

Consequência frequente dessa "multidimensionalidade" das necessidades e das formas de atendê-las é o desencontro ou a falta de sintonia entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços, disjunção que muitas vezes se expressa em conflito usuário-prestador, dimensão a seguir abordada sob um prisma adicional.

A prestação de cuidados de saúde é, essencialmente, um serviço público, no sentido mais simples e objetivo de ser uma atividade de interesse do público, ou do povo, já que a todos interessa, num ou noutro momento da vida, valer-se de tais cuidados. Por ser um serviço, aí implicadas as dimensões de consumo e produção, pode-se dizer que sua realização é uma função que envolve múltiplos interesses, onde destacam-se, de um lado, aqueles das diferentes clientela irmanadas pela motivação de seu consumo e, de outro, por ser um serviço complexo cuja oferta resulta da atuação de múltiplos agentes, também os interesses desses agentes todos, representados numa classificação simplificadas pelos profissionais e pelos gestores dos serviços.

A abordagem dessas dimensões da organização dos serviços de saúde nos leva a considerar uma das suas mais expressivas características: a presença de variados e, por vezes, divergentes interesses no campo da sua oferta e consumo. Para os objetivos desse artigo, interessa destacar a presença e a importância dos três parceiros acima referidos (os usuários, os profissionais e os gestores), embora exista ainda uma série de outros interessados que, direta ou indiretamente, se fazem presentes no processo de produção-consumo de serviços de saúde, como os setores de fabricação e comercialização de produtos farmacêuticos e de equipamentos, o setor financeiro (através da venda de seguro-saúde ou outros planos assistenciais) ou mesmo o setor empresarial de saúde, já bastante desenvolvido em nosso País.

É ainda interessante chamar a atenção, quanto às peculiaridades das organizações de serviços de saúde, para o caso em que os mesmos são oferecidos pelo poder público,

(5) DIAMOND, G. A. et DENTON, T.A. - Alternative perspectives on the biased foundations of medical technology assessment. *Annals of Internal Medicine*. 1993;118:445-464

quando, ainda no dizer de Dussault⁶ "...dependem em maior grau do que as demais do ambiente sócio-político: seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização", além de estarem expostas à "contaminação burocrática, isto é, o tipo de regulamento desenvolvido na burocracia estatal". Esses aspectos relativos à interferência de objetivos estranhos às organizações de saúde oriundos do próprio poder público, seja das direções políticas ou da burocracia governamental, merecem ser ressaltados pois ajudam a entender as limitações ou dificuldades para o desempenho gerencial nos estabelecimentos públicos.

2.2. Desafios para a Gestão dos Serviços de Saúde

Há dois referenciais básicos para uma análise atual da questão gerencial na área de saúde em nosso País: a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências de qualidade das demandas sociais e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nessas organizações⁷. Com esse enfoque não se pretende fugir da velha discussão sobre a relevância das dimensões políticas sobre os aspectos técnicos do planejamento e operação dos serviços de saúde, mas apenas reconhecer uma situação cada dia mais evidente no cotidiano dos estabelecimentos de saúde: o crescimento da demanda por capacidade gerencial.

O equacionamento dessa demanda por capacidade gerencial inclui, além do delineamento do perfil gerencial desejável e da implementação de estratégias de capacitação adequadas, a busca de novos paradigmas, isto é, a adoção de novos conceitos e novas práticas de gestão, destacando-se aqui os pontos que se referem à organização do trabalho.

As questões relativas a recursos humanos representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para os serviços de saúde, em especial na área pública. Todos reconhecem que o desempenho de qualquer organização depende do seu pessoal. Esse ponto é proclamado em alto e bom som por executivos de todos os setores, sendo muito conhecidas de todos os que trabalham no ramo da saúde as declarações com esse teor dos dirigentes institucionais, em especial no início de suas gestões. Contudo, medidas concretas e eficazes dificilmente são operacionalizadas, seja por falta ou timidez das decisões políticas, seja porque os esquemas tradicionais não correspondem à complexidade e ao dinamismo dos problemas vigentes. É exatamente por isso que se disse antes que esta é uma área crítica para a renovação das concepções e das práticas gerenciais. Ao tratar desse ponto, vale citar Kliksberg⁸: a política de pessoal resulta na "...construção de um sistema administrativo amplo que inclua uma série de rotinas orientadas basicamente para o controle dos funcionários ... Quando hoje sabemos que, além da logística, uma política efetiva de pessoal implica uma agenda diferente, que contemple temas como a motivação, a participação, a relação entre mercados de trabalho privado e público, o desenvolvimento planejado e contínuo dos recursos humanos, etc."

O que se quer dizer, afinal, é que a reversão do quadro de inoperância dos

(6) Dussalt, op. cit. p. 13.

(7) Interessante discussão sobre esse assunto, focalizando a questão da gestão no setor público na América Latina, encontra-se em Kliksberg, B. - A gerência na década de 90. Rev. Adm. Púb., Rio de Janeiro, 22(1):59-85, jan./mar. 1988.

(8) Kliksber, op. cit. p. 70.

serviços de saúde, ao passar pela questão da gerência, não deve postergar a discussão e a implementação de medidas que levem em consideração os seguintes pontos:

- reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da organização, o que implica, no plano institucional, a prática da administração participativa e, no âmbito do processo de trabalho, a abertura de espaços para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador, substituindo o controle no desempenho de atividades programadas por outrem pela responsabilização para com os objetivos e as práticas institucionais;

- efetivação de mecanismos regulatórios da autonomia e do corporativismo dos profissionais, o que demanda ações e iniciativas dos gestores que extrapolam as fronteiras dos serviços de saúde, situando-se no campo das negociações com as estruturas do Estado e das organizações corporativas dos trabalhadores.

São esses os requerimentos básicos da nova concepção gerencial para os serviços de saúde, naquilo que diz respeito à área de recursos humanos. Enquanto funções da estrutura organizacional, competem à sua direção e a todos os escalões administrativos, nunca reduzindo-se a uma responsabilidade setorializada da área ou do órgão de pessoal, nem tampouco restringindo-se à alçada de especialistas ou assessores em desenvolvimento de recursos humanos.

2.3. Importância da Gestão do Trabalho

Os argumentos considerados anteriormente atestam a importância do trabalho no processo de produção-consumo de serviços de saúde, o que, naturalmente, dispensaria delongas quanto à importância da sua gerência. O que se pretende neste tópico é discutir alguns aspectos da gestão do processo de trabalho que, com enorme frequência, estão associados ao baixo desempenho das organizações de saúde.

Quais são os objetivos da gerência de recursos humanos nos serviços de saúde? - Talvez, ao invés de apresentar um elenco de afirmações, seja mais prudente, exercitando o método da problematização no trato dessa questão, abordá-la através de outras mais específicas:

- quais as formas de intervenção para enfrentar as consequências deletérias da divisão do trabalho em saúde, que se expressam em desumanização e risco no atendimento, em alienação do trabalhador e em prejuízo ou desperdício para os serviços?

- como buscar solução para os conflitos ocorrentes na produção dos serviços de saúde, resultantes da contradição entre interesses de usuários, trabalhadores e dirigentes/chefias nos serviços de saúde?

- como contrabalançar a influência corporativa dos profissionais de saúde no dia-a-dia dos serviços, quando as estratégias de defesa dos seus interesses interferem com o atendimento daqueles que necessitam de tais serviços?

- como estabelecer, consolidar e aperfeiçoar mecanismos e instrumentos que assegurem a relação entre o contrato de trabalho e a efetiva produção de serviços nos estabelecimentos de saúde, mormente no caso do setor público?

- que medidas promover para estimular os trabalhadores a alcançarem seus próprios limites de desempenho, visando a melhoria da produtividade com qualidade na produção dos serviços de saúde?

Esse exercício de problematização nos permite chegar a uma síntese do que seriam os objetivos e, com isso, reconhecer a importância da gestão do trabalho em saúde

como o processo destinado a:

- evitar a desumanização e os riscos no atendimento associados à falta de compromisso e motivação dos profissionais;
- mediar os conflitos de interesse que muitas vezes surgem nos ambientes de trabalho, tanto dentro da própria equipe profissional como com os usuários;
- contribuir para o controle da produção e da qualidade do atendimento.

Parte das dificuldades para a gestão adequada de recursos humanos nos serviços de saúde decorre da regulamentação do trabalho, que não considera as peculiaridades deste específico setor de atividades. Vejamos alguns exemplos:

- o desempenho de ocupações nos serviços de saúde deveria implicar um compromisso com o atendimento de necessidades e interesses dos seus usuários; entretanto não parece haver nada estabelecido nas regras do contrato de trabalho que possibilite a cobrança de tal compromisso, o que, em certa medida, respaldaria o cumprimento dos direitos sociais dos usuários, garantidos hoje pela própria Constituição Federal;

- a instituição de certas medidas que visem a otimização do desempenho dos serviços, como o sistema de incentivos à produtividade, esbarra em restrições decorrentes da aplicação de princípios legais do contrato de trabalho, uma vez que não existe uma regulamentação que diferencie tais incentivos, percebíveis em condições específicas de desempenho no trabalho, de outras vantagens incorporáveis de forma permanente como direitos do trabalhador. Situações ilustrativas têm ocorrido praticamente em todas as oportunidades em que gestores de instituições públicas, buscando resolver um problema de inoperância dos serviços, implantaram algum tipo de incentivo funcional; após algum tempo, a percepção dessa vantagem desvincula-se do efetivo cumprimento da obrigação de desempenho que a originou, tornando-se parte indissociada da remuneração do emprego;

- as práticas de controle do trabalho, destinadas a combater os efeitos deletérios da falta de coordenação e integração dos múltiplos trabalhadores envolvidos na prestação de serviços, não têm sido adotadas como rotina nos estabelecimentos de saúde ou, o que é ainda mais grave, não estão disponíveis enquanto métodos de supervisão, coordenação ou comando do processo de trabalho nos moldes em que este se desenvolve naqueles estabelecimentos.

A questão central posta em discussão poderia sintetizar-se na pergunta: como tratar as relações de trabalho enquanto o objeto privilegiado da gestão de recursos humanos na área da saúde?

No campo teórico, ressalta a importância do tratamento do tema das relações de trabalho em duas diferentes disciplinas: enquanto relações trabalhistas, na área das ciências jurídicas e, enquanto relações de produção, na área da economia política. Esse enfoque tem importância mais analítica, apresentando visões polarizadas do tema em torno daquelas disciplinas. A visão mais totalizadora do tema deve considerá-lo em três abordagens complementares:

- na dimensão econômica, enquanto relações de troca, isto é, a permuta entre

(9) A abordagem desse tema tomou como base discussões feitas com o Prof. Roberto Passos Nogueira durante a elaboração da Unidade IV do Projeto CADRHU II - Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde, durante o primeiro semestre/93.

"capacidade" de trabalho por salário (ou outra denominação que se dê à remuneração), onde capacidade de trabalho é entendida como seu potencial de utilidade, podendo ser designada simplesmente de trabalho e tratada como uma mercadoria;

- na dimensão político-ideológica, enquanto relações de poder e espaço de engendramento de conflitos, e, portanto, campo de possibilidades de enfrentamento entre os interesses do trabalho (ou do trabalhador, o dono de sua própria capacidade de trabalho) e os objetivos institucionais (representados, no caso do serviço público de saúde, por seus dirigentes ou gestores); o que significa reconhecer uma singularidade dessa mercadoria, que é sua capacidade de desenvolver autonomia, isto é, de determinar seu preço, caracterizando o que se pode chamar uma "mercadoria consciente";

- na dimensão organizativa do processo produtivo, enquanto relações decorrentes da divisão do trabalho, ou seja, aquelas que se estabelecem, indispensavelmente, entre os diversos atores que interagem na "cadeia" de produção.

De modo equivalente, a abordagem das relações de trabalho na perspectiva da gerência desdobra-se em três áreas: na negociação do preço do trabalho (essa "mercadoria consciente"), na interação com os trabalhadores e suas organizações e no enfrentamento dos efeitos da divisão do trabalho, correspondentes aos seguintes planos de atuação:

- no campo da atividade econômica, especificamente, da dinâmica do mercado de trabalho do setor saúde, nos seus ramos privado e público;

- no espaço das definições e ações jurídicas, desde a legislação até o cumprimento de suas obrigações (no caso da administração pública, exigência inarredável decorrente do princípio da legalidade que a preside), na interação com os trabalhadores, individualmente ou através de suas representações coletivas; e

- no âmbito do processo de trabalho, no trato das relações entre os integrantes da equipe de saúde, diferenciados pela natureza específica da contribuição de cada um no processo de trabalho, mas que devem integrar-se para bem realizar os objetivos finais da produção do serviço de saúde.

A despeito da identidade conceitual de cada uma dessas áreas ou planos de ação, fica evidente sua complementariedade ou mesmo superposição quando se adota a ótica global do processo gerencial e seus objetivos.

De tudo o que foi discutido, pode-se concluir que reconhecimento da importância da gestão do trabalho tem por base o correto entendimento das dimensões acima apontadas, superando as práticas tradicionais de "uma série de rotinas orientadas basicamente para o controle dos funcionários"; e esse salto, essa mudança de paradigma, ainda não foi dado.

2.4. Especificidades do Trabalho em Saúde

O elemento central a ser considerado diz respeito à notável diferenciação entre as diversas categorias que integram o trabalhador coletivo de saúde, em termos de sua capacidade de ação nos planos referidos anteriormente: econômico, jurídico e operacional.

O conceito de trabalhador coletivo em saúde tem sua utilidade como categoria de análise para entendimento dos mecanismos e formas de composição das parcelas de trabalho que entram na produção do resultado final esperado no processo de atendimento. O trabalhador coletivo é, pois, uma imagem que corresponde, enquanto agente do

trabalho, ao produto final do serviço prestado ao usuário. Concretamente, tal agente coletivo é composto pelos vários trabalhadores que fazem parte de um processo produtivo, cuja característica marcante é a sua intensa divisão de trabalho. É portanto um conceito de aplicação prática no campo da gestão, em seus aspectos organizativos ou operacionais do processo produtivo.

A projeção daquele conceito, de forma linear ou mecânica, para as dimensões político-ideológica (econômicas e jurídicas) das relações de trabalho, tem provocado o surgimento de impasses ou situações de difícil superação, com respeito ao estabelecimento das regras do contrato de trabalho, em especial no caso do serviço público, envolvendo tanto a questão salarial como outras formas de retribuição do trabalho ou do tempo de serviço.

Para ilustrar, ou mesmo comprovar, a propriedade dessa linha de argumentação, podem ser apontadas diversas expressões da diferenciação do trabalhador coletivo em saúde:

- suas formas de organização: formação de categorias resultantes da divisão do trabalho (médico, enfermeiro, dentista etc.) ou por agrupamentos decorrentes da segmentação da oferta de empregos (associações de servidores dos setores público e privado, das diferentes modalidades assistenciais etc);

- seus diferentes graus de autonomia: categorias com ou sem antecedentes de organização liberal; profissões antecedentes ou posteriores ao processo de organização para produção em escala com divisão do trabalho (ou, dito de outra forma, da produção em moldes capitalistas);

- suas distintas representações no imaginário social: tanto a imagem de cada profissão ou ocupação construída pela coletividade, como aquelas auto-projetadas pelos próprios trabalhadores;

- suas formas de validação educacional e legal: categorias com ou sem regulamentação específica, incluindo-se, no último caso, ocupações que simplesmente executam funções atribuídas por delegação de outra categoria de trabalhador, a qual detem posição de superioridade hierárquica na divisão do trabalho;

- seus estatutos corporativos: categorias com diferentes graus de controle, tanto do exercício profissional dos seus pares, quanto da abrangência do seu campo de atuação no espectro da divisão do trabalho.

Outro componente a destacar refere-se ao elevado grau de divisão do trabalho que se observa na produção dos serviços de saúde e que tem resultado no surgimento e consolidação de novas categorias profissionais e ocupacionais. A força dessa tendência pode ser demonstrada a partir dos antecedentes históricos do processo de trabalho em saúde, marcado pela progressiva fragmentação, a qual vem se expandindo como consequência do desenvolvimento tecnológico. Ao que parece, essa tendência ainda orientará o movimento futuro das transformações do processo de trabalho em saúde.

As considerações acima sugerem a seguinte reflexão: quais as implicações para a administração de recursos humanos de saúde que decorrem das peculiaridades da organização do trabalho, da constituição das profissões e do surgimento das ocupações nesse setor? - No bojo dessa reflexão situam-se questões polêmicas e atuais sobre a regulação do trabalho em saúde, como isonomia salarial, jornada de trabalho, requisitos e atributos sociais do assalariamento, cujo tratamento foge ao escopo desse artigo (ver a discussão sobre o tema, especialmente o conceito de regulação do trabalho, feita por

Médici¹⁰). Ao chamar a atenção para esses aspectos, pretende-se apenas revelar mais uma faceta do novo paradigma de gestão do trabalho em saúde, ressaltando, assim, a necessidade do "salto" na sua direção.

3. Proposta para a Gestão do Trabalho

O enfrentamento dos desafios situados no campo da gestão do trabalho nos serviços de saúde requer ousadia de ação, não ficando restrito à abordagem analítica do tema ou à simples advertência de que é preciso buscar novos caminhos. É com essa perspectiva que se apresenta uma proposta, cuja originalidade encontra-se no uso integrado de três estratégias de gestão:

- responsabilização no trabalho,
- incentivos à produtividade e
- processo permanente de negociação coletiva do trabalho.

O entendimento corrente sobre cada um dos termos acima pode ser tão diversificado que torna-se indispensável uma breve discussão sobre os mesmos.

O conceito de responsabilização no trabalho implica a assunção, pelo trabalhador, no cotidiano de sua prática, de atitudes e compromissos efetivos com os objetivos ou com a missão institucional, o que significa dizer, no caso dos estabelecimentos assistenciais, com as necessidades dos pacientes (ou, como seria mais adequado denominar, dos usuários). A responsabilização depende do desenvolvimento de relações de trabalho onde o referencial principal seja a satisfação do usuário. Para que se estabeleça esse pacto é indispensável uma série de posturas inovadoras no campo das práticas gerenciais dos serviços de saúde, buscando substituir o autoritarismo pela autoridade da coordenação democrática e superar a alienação pela participação consciente no processo de trabalho, em toda sua extensão e significado. O alcance de tais resultados passa, necessariamente, pela revisão do conceito e das práticas educativas nos serviços de saúde, já que os requerimentos fundamentais para essa abordagem são exatamente a formação e a educação continuada dos profissionais, num processo que assegure a implantação e a manutenção de uma nova cultura institucional voltada para os compromissos sociais da organização, isto é, para o atendimento do interesse público.

A proposta de sistema de incentivos à produtividade define-se como o componente da estratégia gerencial constituído pelo conjunto de estímulos, financeiros ou não, que visam ajustar e otimizar os componentes do processo produtivo nos estabelecimentos de saúde, que é admiravelmente complexo e deve subordinar-se exclusivamente aos interesses dos usuários. Sua operacionalização implica os seguintes princípios básicos:

- é um mecanismo de gratificação do trabalho que se estabelece a partir de uma remuneração básica, não sendo portanto substitutivo do salário;

(10) Regulação do trabalho entendida como "... a combinação de normas de produção e normas de consumo, expressas no cotidiano através de taxas de exploração (ou taxa de mais valia); da duração/extensão da jornada de trabalho; da organização e gerenciamento do processo de trabalho; das formas de remuneração do trabalho (salário por peça, mensalista, diarista, etc); da relação capital/trabalho (ou composição orgânica do capital) e seus arranjos tecnológicos; dos requisitos sociais para o assalariamento (instrução, disciplina, disponibilidade de tempo etc); e dos atributos sociais para o assalariamento (estabilidade, padrões de consumo, direitos sociais incorporados por imposição do estatal ou por normas de conduta social etc) vigentes em cada contexto". in MÉDICI, André C. - A regulação do trabalho o âmbito da saúde. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos Nº 6. OPAS.OMS.Representação do Brasil. Brasília, DF, 1993 (edição preliminar, capítulo 4, p. 6).

- sua aplicação só deve ocorrer a partir de um patamar de produção que é o rendimento do trabalho correspondente à remuneração básica, não podendo transformar-se numa gratificação permanente ou automática;

A utilização de sistemas de incentivos à produtividade não deve jamais confundir-se com a lógica de mercado na produção de serviços de saúde nem assemelhar-se com a remuneração por unidades ou atos praticados. A direcionalidade desses sistemas deve, isto sim, apontar para objetivos relacionados à satisfação dos usuários e ao atendimento de necessidades de saúde epidemiologicamente determinadas (o que inclui as dimensões de cobertura e impacto dos serviços prestados).

Vale advertir que o enfoque de incentivos à produtividade aqui considerado não tem nada a ver com as práticas que, sob essa denominação, têm sido adotadas em muitas experiências de gestão em instituições públicas nos últimos anos, onde os verdadeiros objetivos são a equiparação salarial entre diferentes vínculos de emprego (INAMPS e secretarias) ou compensações de defasagens na remuneração resultantes da perversa associação entre inflação e política de arrocho salarial.

O terceiro componente, o processo permanente de negociação coletiva do trabalho, tem por base a experiência pioneira do Hospital do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público do Estado de São Paulo - IAMSPE. O modelo ali implantado foi sendo organizado a partir do próprio desenvolvimento da experiência, tendo por base a concepção administrativa fundada em princípios democráticos e modernizadores de gestão e de defesa da coisa pública, bem como a disposição efetiva de gestores e trabalhadores para celebração de convênios coletivos de trabalho resultantes de negociação direta¹¹.

Enquanto instrumento jurídico, a negociação coletiva do trabalho no serviço público está prevista na lei federal nº 8112, de 11.12.90, que institui o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais¹². Entretanto, a possibilidade de sua aplicação, no que diz respeito à negociação entre os trabalhadores e o Poder Público, ainda é uma questão polêmica que tem encontrado resistências na tradição das práticas jurídicas do direito público e do trabalho¹³. As principais limitações da aplicação da negociação coletiva no setor público vinculam-se aos princípios balisadores da Administração Pública, como a indisponibilidade e supremacia do interesse público e o princípio da legalidade; concretamente, levantam-se os argumentos de que a remuneração do trabalho e as despesas com pessoal no serviço público só podem ser definidas por lei. Tais obstáculos, todavia, podem ser equacionados a partir de uma visão inovadora que, sem desprezar ou pretender contornar a lei nem as boas práticas administrativas, propicie a criação e o desenvolvimento de bases jurídicas para o relacionamento entre trabalhador e gestor público.

O argumento essencial para adoção do processo permanente de negociação

(11) Maiores detalhes dessa valiosa experiência podem ser encontrados em:

BRAGA, D. G. - Sistema permanente de negociação coletiva do trabalho no Iamspe: contratação coletiva inédita no setor público. **Cadernos da CUT**, nº 3 (ja, 1990) e

BRAGA JUNIOR, D. - Negociação coletiva do trabalho no setor público: repercussões da sua aplicação nas atividades do Hospital do Servidor Público Estadual - uma análise de resultados. **Cadernos da CUT**, nº 4 (jul-set, 1990).

(12) Extensa e convincente argumentação sobre a validade constitucional da aplicação do processo negocial entre servidores e poder público pode ser encontrado no estudo jurídico elaborado mediante consultoria à OPAS/OMS pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário: BUCCI, Maria Paula Dallari et FONSECA, Valéria Simões Lira - Negociação Coletiva do trabalho no serviço público. CEPEDISA - OPAS/OMS, 1992. (que integra esta publicação)

(13) A aplicação desse instituto jurídico-administrativo na esfera da administração pública federal encontra-se impedida por decisão do Supremo Tribunal Federal. Espera-se que o assunto seja claramente definido pelo Congresso Nacional, quando da Revisão Constitucional.

coletiva do trabalho nos serviços de saúde é o estabelecimento de procedimentos que possibilitem o exercício da administração pública participativa¹⁴, não como um fim em si mesma, mas como estratégia de melhor servir ao povo.

Após essa breve aproximação conceitual a cada um dos componentes, é possível retornar à análise da proposta em sua abrangência integradora, conforme referido anteriormente. O principal argumento para a aplicação dessa estratégia de gestão do trabalho nos serviços de saúde é a potencialidade dos efeitos da utilização sinérgica dos instrumentos apontados.

A ninguém ocorreria negar as vantagens do processo de responsabilização no trabalho, voltado para a consecução de objetivos finais (qualidade do atendimento, ampliação da acessibilidade etc.) e administrativos (redução de custos, economia de insumos, cumprimento de carga horária etc.). Todos esses objetivos pressupõem o estabelecimento e cumprimento das normas ou regras do processo produtivo em saúde:

- como executar as atividades e tarefas?

- qual o papel de cada um no conjunto de atos, eventos e momentos que conformam o serviço prestado?

- como fazer valer as normas e procedimentos definidos?

As questões a serem equacionadas são:

- quem decide tais normas e procedimentos?

- como decide?

- como avaliar a adequação dos objetivos administrativos à finalidade institucional de atender o interesse individual e coletivo dos usuários?

A adoção de esquemas de incentivo à produtividade é ainda assunto polêmico, em decorrência de posturas ideológicas ou de argumentos menos doutrinários assentados em distorções de entendimento conceitual e metodológico. Entretanto, tem representado inegável contribuição para racionalização e eficiência do processo produtivo em todas as situações em que seu uso cercou-se de cuidados para evitar desvios e malefícios de ordem técnica ou ética na oferta dos serviços. Contudo, a forma e o meios de definir e implantar, revisar e atualizar os critérios e os objetivos a serem alcançados com o sistema de incentivos, devem refletir as características do processo produtivo dos serviços de saúde, marcado por relações de trabalho complexas e diversificadas. Aqui também aplicam-se as perguntas acima formuladas: quem decide? como decide? como avaliar sua adequação aos objetivos sociais?

A instalação de processos de negociação permanente entre servidores e dirigentes institucionais, nos moldes do Sistema Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho do IAMSPE, representa o terceiro ponto de apoio que assegura sustentação à estratégia de gestão proposta, na medida em que pode constituir-se foro adequado e efetivo para equacionar, além das questões aventadas acima, muitas outras pendências resultantes de conflitos no processo de trabalho nos serviços de saúde.

A discussão acima realizados sobre os três pilares dessa estratégia integrada de gestão do trabalho não pretendeu esgotar o assunto, mas tão somente explicitar uma proposta a ser discutida e testada. Provavelmente a realização de experiências dessa natureza será difícil e trabalhosa, mas certamente terá grande impacto sobre o

(14) Discussão de interesse sobre esse tema encontra-se em FURTADO, A. - Bases sociais, técnicas e econômicas do trabalho em saúde: implicações para a gestão de recursos humanos. OPAS/OMS, Brasília, 1992. (que integra esta publicação)

desempenho e a produtividade dos profissionais nos serviços de saúde, resultando em muitos benefícios como a melhoria da administração desses serviços e, conseqüentemente, da própria qualidade do atendimento às necessidades de saúde da população.

Coordenação Gráfica
CEBES - Centro de Estudos de Saúde

Editoração
Visualitá Programação Visual

Revisão
Maria Eneida de Almeida

Impressão
Gráfica e Editora Universigraf
Rua Almirante Barroso, 459
Tel/Fax (043) 321-1723
CEP: 86015-700 – Londrina-PR
