

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM NEGOCIAÇÃO COLETIVA**

Marta Ferreira da Silva Marcondes

**NEGOCIAÇÃO COLETIVA: SUSTENTABILIDADE NA
IMPLANTAÇÃO DO ADICIONAL POR PLANTÃO HOSPITALAR EM
UM HOSPITAL FEDERAL NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ-MT**

**Porto Alegre
2010**

Marta Ferreira da Silva Marcondes

**NEGOCIAÇÃO COLETIVA: SUSTENTABILIDADE NA
IMPLANTAÇÃO DO ADICIONAL POR PLANTÃO HOSPITALAR EM
UM HOSPITAL FEDERAL NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ-MT**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentada ao Curso de Especialização
em Negociação Coletiva – modalidade a
distância da Universidade Federal do Rio
Grande do sul como requisito para a
obtenção do título de especialista.
Orientador Prof. Doutor Ivan Pinheiro

**Porto Alegre
2010**

Marta Ferreira da Silva Marcondes

**NEGOCIAÇÃO COLETIVA: SUSTENTABILIDADE NA
IMPLANTAÇÃO DO ADICIONAL DE PLANTÃO HOSPITALAR EM
UM HOSPITAL FEDERAL NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ-MT**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao Curso de Especialização em Negociação Coletiva – modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

Aprovado em de de 2010.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.

Prof

DEDICATÓRIA

*A Meu grande irmão João Batista da Silva,
Mesmo partindo deste mundo sei permanecemos conectado*

AGRADECIMENTOS

*Ao meu Deus por me dado força para concluir esse trabalho,
Aos meus filhos Douglas e Vinícius por compreender os momentos que
Não pude correr, brincar ou até ouvi-los,
Ao meu esposo Sandoval, que me compreendeu e me deu muita força
para não desistir
Ao meu pai que mesmo da distância nunca se esquece de mim,
A minha tutora Alba Conceição que me motivou a todo o momento, acreditou que
poderia concluir esse trabalho.
Ao ministério do planejamento que nós demos a oportunidade de ir à busca de
novos conhecimentos,
A coordenação do curso de pós-graduação em Administração da Universidade
Federal do Rio grande do Sul, por perceber a necessidade de ter pessoas
capacitadas na área de negociação coletiva,
E a todos os professores e tutores envolvidos nesse curso.*

Uma pessoa inteligente irá começar sua busca a partir de seu ser interior. Este será o ponto de partida de sua exploração, porque, a menos que eu saiba o que está dentro de mim, como poderei sair procurando mundo afora? O mundo é tão vasto. E aqueles que olharam para dentro encontraram imediatamente aquilo que procuravam.

Osho

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo analisar a negociação coletiva na sustentabilidade da implantação do Adicional por Plantão Hospitalar no Hospital Universitário Júlio Müller no Município de Cuiabá-MT, como instrumento para atingir resultados eficazes para os servidores e sociedade. A negociação coletiva tem sua base não na individualidade, mas sim na busca por resultados à coletividade no trabalho. E nesse panorama, podemos observar diversas iniciativas voltadas à instituição do sistema de gestão e à priorização do desenvolvimento de trabalho no serviço público. Diante de uma negociação coletiva do trabalho em saúde, uma das maiores preocupações foi a de não deixar de focar o maior objeto de interesse que é o servidor e o cidadão usuário do sistema único de saúde. O presente trabalho tem como objetivo averiguar a repercussão da negociação coletiva na implantação do APH, no Hospital Universitário Federal no Estado do Mato Grosso. Mais especificamente, o objeto da pesquisa poderá ser percebido a partir da análise dos aspectos da realidade dos HUs, o grau de interesse da administração e o nível de maturidade gerencial concernente ao processo de negociação coletiva, identificando o problema através dos desafios, complicações e incentivos para a implantação de um novo incentivo salarial. Este trabalho tem como metodologia qualitativa, um estudo exploratório e descritivo, através de pesquisa bibliográfica e documental de fontes oficiais. Concluiu-se ao final do estudo que a negociação coletiva de trabalho no setor público em saúde contribui de forma democrática para a consolidação de um atendimento humanizado ao servidor e a sociedade.

Palavras-chave: Negociação Coletiva. Hospital Universitário. Adicional Plantão Hospitalar.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	
1 Importância dos Hospitais Universitários no Brasil.....	14
1.1 Breve contextualização dos hospitais Universitários.....	14
1.2 Contextualização do Hospital Universitário Júlio Müller.....	18
2 GESTÃO UM DESAFIO PARA OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	21
2.1 Gestão de Pessoas.....	21
2.2 Gestão Pública Hospitalar	23
3 INCENTIVOS E ADICIONAIS SALARIAIS	26
3.1 Incentivos salariais através da avaliação e desempenho.....	26
3.2 Adicional Salarial.....	28
4 Adicional por Plantão Hospitalar problemas ou soluções.....	31
5 SINDICATOS DOS TRABALHADORES TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO	33
6 NEGOCIAÇÃO COLETIVA	34
6.1 Negociação coletiva do trabalho.....	35
6.2 Negociação coletiva do serviço público federal.....	37
6.3 Negociação coletiva do trabalho em saúde.....	39
6.4 Negociação coletiva na implantação do Adicional por Plantão Hospitalar.....	40
7 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	42
7.1 Tipo de estudo.....	42
7.2 Local de estudo.....	42
7.3 Amostras.....	42
7.4 Análise de dados.....	44
8 CONCLUSÃO	56
9 REFERÊNCIAS	

INTRODUÇÃO

As organizações hospitalares, nesse século, vêm se caracterizando por constantes mudanças, justamente pelo fato de ser um mercado competitivo mundialmente. E para sobreviver diante dessa incansável competição, as empresas hospitalares, investem constantemente nas áreas tecnológica e comportamental segundo Faingluz (2001).

O sistema hospitalar brasileiro é configurado pelos hospitais públicos que atendem preferencialmente os pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS); hospitais sem fins lucrativos, que mesmo privados, oferecem seus serviços preferencialmente aos pacientes do SUS, porém atendem também outras clientela; e os hospitais com fins lucrativos, que atendem preferencialmente pacientes privados ou portadores de convênios privados. Entre essas instituições públicas e privadas encontram-se os hospitais universitários, que são vinculados a uma universidade, desenvolvendo atividades assistenciais e de ensino, gerando novos conhecimentos através da pesquisa.

Os hospitais universitários (HUs) públicos, que além do ensino prático cumprem com a importante tarefa de dar assistência gratuita à população, poderiam tornar-se grandes aliados da sociedade na luta pela universalização do atendimento no SUS, se houvesse efetiva vontade política dos governos federal e estadual, salvo raras e honrosas exceções, a maioria encontra-se hoje em estado quase terminal, funcionando de forma precária em alguns casos à beira do fechamento, conseqüência do sucateamento da saúde pública e dos baixos investimentos no ensino superior (Sidney, Sanches, 1996).

Tais Hospitais objetivam atender a sociedade com qualidade e têm como produto final o restabelecimento da saúde e a inserção do usuário na sociedade com qualidade de vida, porém ao longo dos anos vêm sofrendo ameaças relacionadas há possíveis privatizações, que não ocorreram até o momento justamente pelas lutas sindicais e as prolongadas negociações coletivas existentes.

Um dos grandes problemas enfrentado atualmente pelos hospitais de ensino é a falta de recursos humanos para manter a assistência ininterrupta à sociedade. O que não compreendemos é que a não realização de novos concursos públicos leva

o Governo a implantar novas formas de incentivos financeiros envolvendo valores onerosos, para garantir uma assistência de qualidade.

O presente estudo analisa, no âmbito de um hospital escola, o processo de negociação coletiva na implantação do Adicional de Plantão Hospitalar (APH) conforme Decreto nº. 6.863, de 28 de maio de 2009, que Regulamenta a aplicação da APH, instituído pela Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, para os Hospitais Universitários e para o Hospital das Forças Armadas.

Nesse sentido, com base no contexto dos hospitais públicos universitários e na implantação de um novo adicional hospitalar, esse estudo tem como objetivo central averiguar a repercussão da negociação coletiva na implantação da APH, no Hospital Universitário Federal no Estado do Mato Grosso, e como objetivos específicos levantar os conflitos mais freqüentes durante implantação do Adicional por Plantão Hospitalar, averiguar aspectos positivos e/ou negativos que resultaram durante a implantação do adicional, identificar de que forma a negociação coletiva foi utilizada para manter a qualidade assistência da saúde no HUJM, Identificar a importância da representação dos servidores públicos pelos sindicatos na negociação coletiva.

Mais especificamente, o objeto da pesquisa poderá ser percebido a partir da análise dos aspectos da realidade dos HUs, o grau de interesse da administração e o nível de maturidade gerencial concernente ao processo de negociação coletiva, identificando o problema através dos desafios, complicações e incentivos para a implantação de um novo incentivo salarial.

Diante disso, será desvelado à história dos hospitais universitários, demonstrando um diagnóstico situacional relacionado à falta de recursos humanos, a dificuldade de realização de novos concursos públicos e a implantação de incentivos salariais que são implementados pelo Governo Federal com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços, solucionando de forma temporária a escassez de profissionais, sendo que decisões como essas poderão provocar mudanças de ordem estrutural e organizacional no cotidiano das instituições de saúde e na vida daqueles que ali desempenham suas atividades profissionais, e utiliza de seus serviços.

Ainda, neste primeiro momento, como base nas condições oferecidas pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão para implantação desse novo incentivo salarial será realizada uma avaliação apresentando os aspectos positivos e

negativos na implantação da APH, com uma análise no contexto organizacional. O capítulo seguinte discorrerá acerca da trajetória da negociação coletiva na implantação da APH e o desempenho da gestão no âmbito hospitalar relacionado à gestão de recursos humanos.

A Importância do desenvolvimento desse estudo será de conhecer a trajetória da negociação coletiva na implantação do Adicional por Plantão Hospitalar no hospital Universitário Júlio Müller, possibilitar uma análise profunda sobre a formação e competências essenciais no setor de administração pública e contribuir para a melhoria da gestão dos serviços do HU federal do estado de Mato Grosso.

Este trabalho tem como metodologia qualitativa, um estudo exploratório e descritivo, através de pesquisa bibliográfica e documental de fontes oficiais e institucionais, dados históricos de fontes bibliográficas, documentos escritos e documentos iconográficos.

Portanto, a questão da pesquisa se delimita em como a negociação coletiva influenciou na introdução do Adicional de Plantão Hospitalar, para manter a assistência de qualidade no Hospital Universitário Federal no Estado de Mato Grosso. Por fim, serão apresentados os resultados da pesquisa bibliográfica, sobrevindo, após, a discussão final sobre o tema.

1. A IMPORTÂNCIA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS NO BRASIL

1.1 Breve Contextualização dos Hospitais Universitários

Os hospitais sem fins lucrativos no Brasil são destacados como as Santas Casas de Misericórdia, Hospitais Comunitários, Filantrópicos e os Hospitais Públicos Universitários, cuja maioria da população que procura assistência é carente. Nesse capítulo abordar-se-á uma breve contextualização histórica dos hospitais públicos federais, destacando o objetivo de sua criação para a sociedade; o Hospital Universitário Federal no Estado de Mato Grosso; gestão e incentivos salariais nos hospitais universitários. Continuando, será relatado o processo de negociação coletiva, seu papel fundamental dentro de uma instituição pública de ensino de saúde nas resoluções de conflito existentes.

A rede de Hospitais Universitários do Ministério da Educação (MEC) é composta por quarenta e cinco unidades hospitalares que integram ou se vinculam à estrutura de trinta das cinquenta e oito Instituições Federais de Ensino Superior.

Esses Hospitais Universitários são órgãos integrantes da estrutura das Universidades Federais, sem personalidade jurídica própria à exceção do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que é uma empresa pública vinculada ao MEC, e do Hospital São Paulo, que é uma entidade civil sem fins lucrativos, mantida pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. Essa rede é composta, essencialmente, por hospitais gerais, oito dos quais de grande porte e alta complexidade. Praticamente todos os hospitais foram criados ou federalizados entre os anos de mil novecentos e quarenta e mil novecentos e setenta. (MEC, 2006)

Surgiram como opção para formação médica em período de rápido desenvolvimento tecnológico e célere evolução das técnicas assistenciais, que exigiam formação especializada e investimentos de porte, o que o modelo tradicional das casas filantrópicas já não podia suportar.

Conforme Bonacin & Araújo (2009:420):

Os Hospitais Universitários (HU) caracterizam-se como centros de saúde públicos vinculados a cursos de graduação em medicina. São conhecidos como hospitais escolas, pois servem de laboratórios para

os estudantes. Alguns são extremamente conceituados e oferecem tratamento de alta qualidade sem qualquer custo para o paciente.

Tradicionalmente, os hospitais públicos, oferecem serviços para uma população menos favorecida economicamente e que outras instituições não atendem ou não querem atender. Daí decorre que, utilizar os serviços de um hospital público raramente se configura em uma escolha, mas numa necessidade (CASTELAR et al, 1995).

Segundo dados da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) a realidade brasileira, em 2001, era de 9% dos leitos, 12% das internações e 24% dos recursos do SUS estarem nessas instituições. Essa realidade, porém, decorre dos altos custos da alta complexidade dos procedimentos realizados por esses hospitais. É necessário levar em consideração que esses hospitais realizaram, no mesmo período, 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes, 50% das neurocirurgias e 65% dos atendimentos na área de malformações craniofaciais, o que justifica seu alto custo de manutenção (ALBANO, 2002).

A despeito dessa conotação negativa, Stolzenberg (2000) sugere que o sistema público hospitalar, com todos os seus problemas, possui uma missão claramente definida, que é a de atender um nicho específico do sistema nacional de saúde. Por outro lado, o que se observa, nos últimos anos, é que os serviços de saúde oferecidos pelo setor público não vêm atendendo satisfatoriamente às necessidades dessa crescente demanda populacional, cuja tendência é atingir níveis de expectativas de vida cada vez maiores.

Dentro desse cenário, são encontrados os Hospitais Universitários, ou hospitais-escola, cujo objetivo precípua é dar apoio acadêmico e profissional aos estudantes da área de saúde, através do atendimento à população que procura seus serviços.

Durante um encontro com todos os representantes dos HUs, junto à Organização Mundial de Saúde, a maioria dos participantes percebe que:

Os HUs não devem ser orientados para a solução de problemas sociais. Eles não são instituições filantrópicas nem se orientam diretamente para cumprir atividades voltadas a mitigar a pobreza e melhorar a distribuição de renda. Mesmo assim, eles podem oferecer serviços gratuitos a populações carentes que não poderiam, regularmente, pagar por serviços de saúde de alta complexidade. Médice (2001:154)

Entretanto, a realidade brasileira de assistência à saúde mostra uma situação onde há uma grande carência de instituições prestadoras de serviços, e, por conseqüência, os HUs acabaram por absorver uma demanda populacional muito além daquela para a qual, inicialmente, se dirigiam seus objetivos (LAGIOIA & FALCK, 2002).

De acordo com Bonacin & Arújo (2009), nos Hospitais Universitários, essas questões aparecem com nível de complexidade acentuado. Além da prestação da assistência médica, essas entidades agregam atividades de ensino e pesquisa e, ainda, devem ser um referencial em tecnologia de ponta, agregando valores onerosos às instituições de ensino.

Ainda que mantidos, em muitos casos, por verbas públicas, os hospitais universitários cresceram nos últimos setenta anos, em sua grande maioria, como instituições independentes, distantes do perfil epidemiológico das populações e dominado pelos interesses dos médicos especialistas (MEDICI, 2001).

As características dos HUs, por serem hospitais de ensino, fazem com que seus custos sejam ainda mais elevados, quando comparados a hospitais não-universitários de alta tecnologia, tais como: atividades docente-assistenciais e serviços básicos de saúde, quando sua estrutura é constituída para oferecer atividades de alta tecnologia (BONACIN & ARÚJO, 2009).

Conforme (MEC, 2003), o Ministério da Saúde e o da Educação corroboram com esta posição ao conceituarem os HUs como sendo unidades de saúde ligadas a Instituto Federal de Educação Superior (IFES), capazes de prestarem serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população, destacando ainda que considere essencial a concentração no atendimento em níveis terciário e quaternário.

Os HUs estão integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e têm em seus recursos a maior parcela de seu financiamento. O SUS reembolsa os hospitais com base numa tabela de preços única para cada procedimento. Porém, segundo a Universia (2003),

Os 154 HUs brasileiros estavam em estado crítico. Estes complexos médicos que, em 2001, receberam 24% dos recursos do SUS, ano em que atenderam 1,5 milhão de pessoas, corre o risco de diminuir os atendimentos e paralisar suas atividades, prejudicando alunos e pacientes.

A crise nos HUS atingia todos os complexos hospitalares universitários, sejam eles federais filantrópicos ou estaduais; no ano de 2002, a situação dos hospitais universitários federais ficou insustentável, culminando com o cancelamento de pagamentos dos fornecedores, redução de atendimentos e, também, fechamentos de portas. Isso também aconteceu porque o SUS, desde 1994, não aumentava a tabela de pagamento de consultas e dos tratamentos realizados (UNIVERSIA,2003).

Como consequência dessa situação, esses hospitais passaram por dificuldades para cumprir sua missão, não devido à perda da capacidade de seus profissionais, mas, por diminuição de sua capacidade de atendimento, devido não só a superlotação, mal crônico de todos os hospitais públicos, mas também, às divisas crescentes, à míngua da dotação orçamentária, e cada vez mais aguda escassez de recursos humanos (LAGIOIA & FALCK, 2002; SCHULTZ et al., 2008).

Diante da falta de recursos humanos, a dificuldade de realização de novos concursos públicos, e um grande aumento da procura da sociedade pelos serviços de saúde principalmente nos HUs, o Governo vem tentando suprir a falta de recursos humanos, criando incentivos salariais e gratificações para a complementação de salários, que são utilizados para remediar a situação, porém não combatem as causas reais do problema de falta de pessoal (Boletim do Ciclo de Debates Sobre os Rumos da Universidade Federal do Estado de São Paulo).

No II Encontro Nacional de Gerentes de Recursos Humanos do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC), no ano de 2004, um dos diversos objetivos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão era distribuir melhor os benefícios para os servidores públicos federais demonstrando, claramente, a posição de negociar com servidores e com seus sindicatos representativos. Mesmo assim foi destacado que a remuneração dos servidores havia melhorado, porém eram conscientes de que as perdas salariais, ao longo dos anos, dos servidores dos hospitais universitários e demais instituições públicas federais era muito grande e que há uma longa trajetória de perdas acumuladas do passado que não podem ser resolvidas num curto prazo.

Ainda, no II Encontro Nacional de Gerentes de Recursos Humanos do SIPEC foi destacado que, no atual governo, a criação da Mesa Nacional de Negociação Permanente traduz na democratização das relações de trabalho no serviço público federal. A revisão do papel do Estado e a sua efetiva democratização são fundamentais para se debater os interesses legítimos dos servidores na

administração de conflitos de interesses fortemente associados a mudanças de postura, à inovação, mas, acima de tudo, ao comprometimento do governo e dos servidores, cada qual ciente do seu papel, sabendo o que precisa ser feito e a trajetória que precisa trilhar.

Através da Mesa Nacional de Negociação diversos conflitos já foram superados de forma consensual, com muita maturidade, por parte do Governo e dos dirigentes sindicais, inclusive os relacionados aos aumentos salariais, estabelecendo assim uma nova era da gestão pública, buscando sempre um consenso e preservando as posições e divergências naturais. Foi destacado que a política de remuneração está no começo e de que o Governo pretende priorizar o atendimento das reivindicações dos servidores dos HUs, inclusive, quanto à sua capacitação, motivação, remuneração e questões sociais.

Neste ano de 2010, no mês de março, foi iniciada a campanha salarial dos Técnicos Administrativos em Educação. No encontro, que se realizaram em Brasília, Distrito Federal, os trabalhadores decidiram cobrar a abertura imediata das negociações coletivas com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Cinco pontos foram apontados, destacando-se como prioritários para a mesa de negociação: o aumento do piso salarial do plano de carreira. Ainda, durante a Plenária, os trabalhadores reafirmaram a cobrança por políticas salariais para os servidores públicos federais, com a definição de data-base e de uma metodologia para novo reajuste salarial, visando evitar a ocorrência de perdas financeiras, como aconteceu nas gestões anteriores.

O Sindicato dos Trabalhadores Técnico- Administrativos em Educação das Instituições Federais de Ensino no Município de Juiz de Fora (SINTUFEJUF) relatam que mesmo com aumentos salariais e novos incentivos é preciso, urgentemente, a realização de novos concursos públicos, para suprir a demanda de atendimento da sociedade que necessita do serviço de saúde.

1.2 Contextualizações Históricas do Hospital Universitário Federal de Mato Grosso

Criada, em 10 de dezembro de 1970, através da Lei n.º 647, a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) incorporou a Faculdade Federal de Direito de

Cuiabá, instituída em 1934, cujo funcionamento datava de 1956, e o Instituto de Ciências e Letras de Cuiabá.

A UFMT procurou contribuir efetivamente, desde sua implantação, com o desenvolvimento regional, atuando nas áreas de ensino de graduação, pesquisa, ensino de pós-graduação, pesquisa e extensão, e com isso percebeu a necessidade de fundar novos cursos, principalmente na área de saúde, cuja situação da população na localidade se encontrava precária.

Desde sua criação, a UFMT vem procurando desenvolver ações norteadas em políticas administrativas delineadas aos processos de trabalho de forma imprescindível, destacando-se dentre elas a gestão de pessoas como foco de atenção, objetivando qualificar o atendimento prestado à sociedade.

No ano de 1982, o Curso de Medicina, administrado pelo Departamento de Medicina e lotado no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, juntamente com os Departamentos de Enfermagem, Nutrição, Biologia e Educação Física, que haviam sido implantados em 1980, após a autorização formal da Secretaria de Educação Superior (SESU) e Ministério da Educação, encontrou dificuldade para a realização das práticas assistenciais de saúde.

Ao assumir o exercício da reitoria da Universidade Federal de Mato Grosso, em fevereiro de 1982, o Reitor da época criou, em 04 de março de 1982, um grupo tarefa, coordenado pelo chefe do Departamento de Medicina, com o propósito de diagnosticar os problemas e apresentar as soluções para melhorar a qualidade dos estágios na área de saúde. O grupo tarefa apresentou, no prazo de 90 dias, a proposta de obtenção do Hospital Júlio Müller, à época em reforma e ampliação, sob o amparo formal de Cessão de Uso, para transformá-lo em Hospital Universitário.

Na inauguração, ocorrida em 31 de julho de 1984, o Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), iniciou suas atividades disponibilizando, aproximadamente, quarenta leitos, distribuídos pelas quatro áreas básicas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria. No início, o HUJM já contava com o apoio de atendimento ambulatorial, pronto atendimento, serviço de imagem, laboratório clínico, unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal e, em 2002, passou a oferecer, também, atendimento de UTI para adultos com oito leitos disponíveis.

Na fundação do HUJM foi realizado um grande concurso público, desde então, passados 25 anos, o Hospital expandiu serviços, aumentou a complexidade de sua assistência, passou para cerca de cento e vinte leitos, contudo, não houve complementação da força de trabalho necessária para readequar o corpo clínico e técnico às expansões realizadas.

Assim, no ano de 1990, foi criada uma comissão no HUJM para a realização de um levantamento das necessidades de recursos humanos para manter o Hospital em funcionamento de forma ininterrupta e, através do apoio do Conselho Diretor (CD), foi adotado o incentivo salarial, na forma de adicional para os técnicos administrativos e os docentes. Esse é o modo de como o Hospital vem historicamente funcionando nesses vários anos, até no ano de 2009, totalizando cerca de 22.000 horas/mês de plantões para se manter aberto em funcionamento.

2 GESTÃO: UM DESAFIO PARA OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

2.1 Gestão de Pessoa

A seguir serão abordadas várias questões que envolvem a gestão de pessoas, pessoas essas que é considerado o maior patrimônio de uma empresa, logicamente um patrimônio que necessita de investimentos para manter o sucesso de uma instituição pública ou privada com qualidade no atendimento, e para manter essa qualidade no atendimento é necessário manter um número adequado de recursos humanos conforme a necessidade de cada empresa. E para que esse sucesso possa acontecer é sempre necessária a interação entre o contratante e o contratado de forma explícita e crítica, e essa interação ocorre de forma mais abrangente na negociação coletiva, descobrindo assim os tesouros do conhecimento humano.

As organizações modernas, diante das grandes concorrências empresariais, necessitam com a identificação, aproveitar o desenvolvimento do capital intelectual dos seus funcionários (Andrade & Santos, 2004). Um dos caminhos que poderão ser percorridos é o aprimoramento da gestão de pessoas, tendo como premissas a valorização e a modernização do processo produtivo.

Para Chiavenato, (2005:9), Gestão de pessoas:

“É o conjunto de decisões integradas sobre as relações de emprego que influenciam a eficácia dos funcionários e das organizações. Assim, todos os gerentes são, em certo sentido, gerentes de pessoas, porque todos eles estão envolvidos em atividades como recrutamento, entrevistas, seleção e treinamento”.

Andrade & Santos (2004) observaram que os avanços ocorridos nas últimas décadas têm levado as organizações, sejam públicas ou privadas, a buscarem novas formas de gestão, com o intuito de melhorar o desempenho, alcançar resultados e atingir a missão institucional para o pleno atendimento das necessidades de uma sociedade que a cada dia se torna mais exigente.

Para Nogueira & Santana (2000), a gestão de recursos humanos constitui uma função política de regulação que se volta para dentro e para fora das organizações públicas, pondo-se como mediadora entre a burocracia e os objetivos éticos e políticos contidos numa dada missão institucional.

As atividades desenvolvidas nas organizações pelos seus colaboradores podem ser facilitadas, através do planejamento do gestor durante as atividades diárias de trabalho, Faingluz (2001). Além disso, as práticas e os padrões de trabalho de um gestor fazem com que seus colaboradores já capacitados passem a desenvolver e utilizar seu pleno potencial na organização, podendo ser percebido pelo administrado através dos esforços para criar e manter um ambiente que conduza à excelência do desempenho, à plena participação e ao crescimento pessoal e da Instituição.

Assim, a realidade atual das organizações exige que cada administrador, seja ele um diretor, gerente, chefe ou supervisor deva estar apto a desempenhar as quatro funções administrativas que constituem o processo administrativo, o saber: planejar, organizar, dirigir e controlar, conforme Chiavenato (2005). Nesse sentido, esta política reforça a idéia de que os trabalhadores são sujeitos ativos e participativos e que:

“Constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços disponíveis para a população. E reforça que a utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substitui a atuação de um trabalhador de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção” (BRASIL, 2005, p. 20).

Diante disso, é necessário esclarecer que para que o servidor público possa servir uma sociedade conforme sua necessidade é necessária uma quantidade mínima de força de trabalho dentro de uma instituição pública. Porém, até os dias atuais, há resquícios da falta de servidores, justamente porque as últimas grandes contratações para a saúde foram realizadas pelo governo federal na segunda metade da década de 70 e na primeira metade da década de 80 (BRASIL, 2004).

A partir da década de 90, com as profundas mudanças nos cenários nacional e internacional, o Estado teve a necessidade urgente de buscar novos paradigmas para a Administração Pública Federal, com perspectivas de mudanças em todo âmbito setorial, sobretudo em sua fase inicial, (Andrade & Santos, 2004). Porém, foi negligenciada a importância da gestão de recursos humanos, principalmente na saúde, com a utilização de serviços terceirizados como força de trabalho.

Um dos fatores decisivos para o agravamento dessa crise foi a limitação do número de contratações pelo Governo Federal. Sem poder renovar seus quadros, os

hospitais recorreram às fundações de apoio, desviando os recursos do SUS destinados ao custeio e à manutenção dos hospitais para o pagamento de funcionários contratados via fundações. O resultado foi a excessiva contratação de pessoal terceirizado e o colapso do SUS, por não comportar tal perda de recursos financeiros.

Diante desse cenário, os hospitais universitários vêm sofrendo com a deficiência de recursos humanos para manter um atendimento de qualidade. Conforme a Federação dos Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA), os Hospitais Universitários Federais (HUFs) são considerados modelos de excelência pelo Ministério da Saúde, mas vêm agonizando com a falta de profissionais de saúde, com um déficit atual de 30.000 servidores. De acordo com o presidente da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFIS), atualmente a defasagem de recursos humanos e dos maiores problemas enfrentado pelos HUFs.

2.2 Gestão Pública Hospitalar

No presente estudo não há como se deixar de tratar da gestão pública hospitalar, visto que a implantação do adicional analisado se dá na sua esfera.

No Brasil, na década de 30, durante a Era Vargas, houve a criação do Departamento de Administração do Serviço Público. A política de pessoal da esfera federal passava por sua coordenação e, com ele, as nomeações de novos funcionários públicos, sendo o concurso público cada vez mais alargado para ingresso na carreira pública.

Desde o final da década de 70, a reforma do Estado se tornou uma palavra de ordem em quase todo o mundo. O antigo consenso social a respeito do papel do Estado perdia forças rapidamente, sem nenhuma perspectiva de retomar a vigor. A introdução do modelo gerencial no setor público faz parte deste contexto, consoante o pensamento de Fernando Abrúcio (1997), um dos grandes estudiosos do tema no Brasil. Entende o mesmo que, em linhas gerais, alguns fatores sócio-econômicos contribuíram fortemente para detonar a crise do Estado contemporâneo, o qual pode destacar à crise econômica mundial, ocorrida pelo petróleo. Por esse e outros

motivos, neste momento de escassez, o Estado foi o principal afetado, entrando numa grave crise fiscal. A crise fiscal foi o segundo fator a enfraquecer os alicerces do antigo modelo de Estado.

Conforme Bresser Pereira (2006), em 1995, teve início no Brasil a Reforma da Gestão Pública ou reforma gerencial do Estado com a publicação, nesse ano, do Plano Diretor da Reforma do Estado e o envio para o Congresso Nacional da emenda da administração pública.

O objetivo desta Reforma da Gestão Pública foi o de contribuir para a formação no Brasil de um aparelho de Estado forte e eficiente, compreendendo três dimensões: a institucional-legal voltada à descentralização da estrutura organizacional do aparelho estatal através da criação de novos formatos organizacionais; a dimensão gestão, definida pela maior autonomia e a introdução de três novas formas de responsabilização dos gestores; e a cultural, de mudança de mentalidade, visando passar da desconfiança generalizada que caracterizava a administração burocrática para uma confiança maior, ainda que limitada, própria da administração gerencial (BRESSER PEREIRA, 2006).

Diante disso, o governo passou a adotar, principalmente na área da saúde, os contratos de gestão ou termos de parceria, com o intuito de transferir diversos serviços ou unidades de serviços públicos a entidades civis ou terceiro setor.

No Brasil, o modelo de inserção do Estado, massivamente no âmbito do mercado produtor, teria implicado severas distorções que culminaram com a necessidade de revisão de seu papel na sociedade (MARE, 1997). Sob esta ótica, mudanças favoráveis no padrão da gestão pública poderiam ser incrementadas em determinadas áreas de domínio público estatal, desde que conduzidas através do setor privado.

Com exceção dos serviços do Núcleo Estratégico e Monopolistas ou Exclusivos de Estado, todas as demais atividades, mesmo as que mantivessem a forma de propriedade estatal poderiam eficientizar suas ações desde que as publicizassem, ou seja, que adotassem o modelo de gestão gerenciada, modelo este que, ao flexibilizar estratégias administrativo-financeiras tais como as relações trabalhistas e aquisição de bens e serviços, possibilitariam “viabilizar a ação pública com mais agilidade e maior alcance” (MARE, 1997:11).

O fomento à atuação das Organizações Sociais, embasado no princípio da administração gerenciada, cujo resultado a ser atingido seria a meta socialmente definida, inseria-se, portanto, como uma dentre as alternativas propostas de publicização do Estado; ou seja, de incentivo à produção não lucrativa, por parte da sociedade, de bens e serviços públicos não exclusivos do Estado como, por exemplo, a saúde e a educação (COSTA, 2005).

Por outro lado, o fato dos serviços ofertados na área de saúde e educação envolverem direitos humanos fundamentais, direitos estes suportados totalmente com recursos públicos, a presença do Estado permaneceria necessária tanto para fiscalizar a utilização dos bens públicos quanto para assegurar à sociedade que os resultados esperados continuariam (ou estariam) sendo alcançados de maneira otimizada, tendo em vista que as metas definidas em seu Contrato de Gestão devem ser atingidas dentro dos princípios da racionalidade: maior qualidade com menor utilização de recursos (MARE, 1997:13).

Neste contexto permanente de busca de soluções para a tão discutida crise do sistema de saúde pública nacional, tem como um ponto recorrente, a necessidade de superar os chamados entraves burocráticos colocados como obstáculos a supostas gestões eficientes. No entanto, diante da crise de legitimação da gestão hospitalar pública brasileira, principalmente nos hospitais universitários, pode-se perceber que a saída pela flexibilização administrativa seria uma resposta racional para ampliar o poder decisório do dirigente da organização hospital.

E sabemos que para garantir a prestação de serviços de qualidade em uma organização pública torna-se necessária a constante revisão da estrutura e o funcionamento do Estado, investindo em inovações tecnológicas e definindo um novo perfil para os servidores públicos, conforme o Programa da Qualidade no Serviço Público (PQSP, 2004).

3 INCENTIVOS E ADICIONAIS SALARIAIS, PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS.

As organizações públicas pode ser visualizada como um complicado processo de conversão de vários recursos através de um sistema integrado contudo a fim de proporcionar resultados positivos. É para que ocorra os resultados esperados, as organizações públicas influenciam na satisfação dos seus servidores comumente através de recompensas, podendo ser por incentivos, adicionais salariais e outros.

Assim, a seguir, será expostas uma das formas em que o Estado vem utilizando como recurso financeiro, para manter o atendimento a sociedade, principalmente nos Hospitais Universitário Federal.

3.1 Incentivo Salarial Através da Avaliação e Desempenho

Os seres humanos são criaturas que agem propositadamente, o propósito de suas ações é substituir uma situação de menor conforto ou utilidade, por outra de maior conforto ou utilidade. Nesse contexto, os incentivos são elementos que possibilitam ou motivam uma particular ação, ou funcionam como condicionantes de nossas preferências, através das quais escolhemos algumas alternativas, em detrimento de outras (MAUD, 2009).

De acordo com Kohn apud Brasil (2003) não existem estudos que demonstrem que as recompensas melhorem a qualidade do desempenho no cargo, em longo prazo, e a adoção de planos de incentivos estão associados a inúmeros aspectos negativos.

Conforme Maud (2009), o objetivo dos incentivos é maximizar a produção. Um bom incentivo será aquele que estimula o trabalhador a produzir com plena capacidade e mal incentivo será qualquer outro que não gera esse mesmo resultado. Em termos simples, os incentivos ajudam, ou melhor, induzem os indivíduos às decisões e ações desejadas.

No serviço público federal, incluindo os HUFs, há como incentivo a Gratificação de Desempenho de Atividade Técnico-Administrativa (GDATA), que foi criada com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados mediante o reconhecimento profissional e a avaliação do desempenho individual de cada servidor e da instituição.

O artigo 8º do Decreto nº 4.247 de 22 de Maio de 2002, prevê que:

“O servidor ativo beneficiário da gratificação instituída por esta Lei que obtiver pontuação inferior a 50 (cinquenta) pontos em duas avaliações individuais consecutivas será assegurado processo de capacitação, de responsabilidade do órgão ou entidade de lotação”.

De modo geral, o responsável pela operacionalização dos procedimentos relativos à avaliação de desempenho individual é a área de administração de recursos humanos. E, o responsável pela realização da avaliação de desempenho individual é a chefia imediata, porém, em vários órgãos, essa avaliação poderá ser feita em conjunto com o servidor. Há órgãos em que se destaca a supervisão da chefia mediata sobre as avaliações ou a necessidade de lhes informar o resultado da avaliação.

O objetivo principal de uma avaliação de desempenho deve ser acompanhar e verificar o modo como o trabalhador está realizando seu trabalho e os resultados alcançados, visando ter um diagnóstico dos aspectos que interferiram ou estão interferindo positiva ou negativamente nesses resultados e, a partir do diagnóstico, estabelecer planos de ação para assegurar o alcance de objetivos previamente estabelecidos ou valorizar os resultados alcançados e a atuação do profissional.

As ações a serem adotadas em decorrência de uma avaliação de desempenho profissional são as mais diversas possíveis, indo desde a felicitação ao trabalhador que realizou o trabalho, como combinado previamente, até, em casos extremos, à decisão de demissão. Apesar de a avaliação de desempenho fornecer subsídios a inúmeras decisões administrativas (remanejamento, capacitação, pagamento de gratificações, desligamentos, entre outras), seu foco principal deve ser assegurar o alcance de resultados.

Nos casos em que a avaliação de desempenho está diretamente associada ao pagamento de gratificação, isso poderá trazer grandes transtornos, inúmeros problemas e o surgimento de conflitos organizacionais. O foco dos servidores passa serem muito mais o recebimento da gratificação do que o alcance de resultados no trabalho.

Um dos maiores motivos de conflitos ocorre justamente, por não ser todos os servidores privilegiados pelo incentivo salarial, mas sim apenas aqueles “merecedores” do incentivo que alcançaram uma média estipulada pelo Governo.

Todavia um dos pontos mais agravantes é que essas pessoas avaliadoras deveriam ser capacitadas para avaliarem, evitando a ocorrência do nepotismo.

Nos casos de incentivos salariais em que nem todos são contemplados é possível ocorrer disputa entre os trabalhadores; frustração e ser visto como punição; sentimento de injustiça afetando o desempenho do trabalhador; desencorajamento em assumir riscos; diminuição da criatividade e da inovação, bem como da busca pela excelência; e sentimento de suborno.

Estudo, em que a avaliação de desempenho objetiva a definir uma gratificação a ser paga, o foco passa a ser a gratificação, e não o desempenho. Seria importante haver uma desvinculação entre a avaliação de desempenho realizada, que deveria fornecer informações para a gestão do desempenho. Resultados de uma avaliação de desempenho podem e devem fornecer subsídios para o pagamento da gratificação, mas a avaliação não deve ser feita apenas com esse objetivo. (BRASIL⁵, 2000)

7.2 Adicional salarial

As pessoas são únicas, produzem diferentes padrões de comportamento, suas necessidades variam de indivíduo para indivíduo, seus valores sociais também são diferentes, bem como suas capacidades para atingir seus objetivos.

Atualmente, o salário oferecido aos colaboradores de uma organização já não é o único fator motivador, há muitos outros, que podem ser externos e/ou internos relacionados ao seu bem-estar e ao desempenho de seus cargos. Os benefícios oferecidos pela empresa podem trazer, por um curto período, a motivação, porém o ser humano dela necessita, durante toda a sua jornada profissional, para que possa desenvolver suas habilidades com eficiência e eficácia, (MACHADO JUNIOR, 2009).

Uma das características do profissional da área da saúde pode ser compreendida como sendo a busca pela qualidade de vida, e neste caso, de nada adianta receber gratificações somente financeiras pelo trabalho realizado. Na maioria dos casos, os colaboradores almejam outros fatores que motivem seu empenho para com o órgão que está inserido.

A Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, ao dispor sobre regime jurídicos dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, preceitua que o Governo Federal pode oferecer os seguintes incentivos

salariais: retribuição pelo exercício de função de direção, chefia e assessoramento; gratificação natalina; adicional pelo exercício de atividades insalubres, perigosas ou penosas; adicional pela prestação de serviço extraordinário; adicional noturno; adicional de férias; gratificação por encargo de curso ou concurso; e outros relativos ao local ou à natureza do trabalho.

Além do vencimento, poderão ser pagas ao servidor indenizações, gratificações e adicionais. As indenizações não se incorporam ao vencimento ou provento do servidor. Já, as gratificações e os adicionais incorporam-se ao vencimento ou provento, nos casos e condições previstos em lei.

O servidor ocupante de cargo efetivos investidos em função de direção chefia ou assessoramento, cargo de provimento em comissão ou de natureza especial, recebe retribuição pelo seu exercício.

Porém, em instituições públicas, onde os servidores adquiriram estabilidade, a isonomia salarial e as promoções por tempo de serviço podem acabar gerando incentivos negativos que levam à acomodação e à falta de iniciativa.

Conforme o Boletim do Ciclo de Debates da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP, 2002), a falta de recursos humanos, a dificuldade de realização de novos concursos públicos, e o grande aumento da procura pelos serviços de saúde pela sociedade, principalmente nos HUFs, vêm propiciando a criação de incentivos salariais e gratificações para a complementação de salários, que são utilizados para remediar a situação, porém não combatem as causas reais do problema da falta de pessoal.

Como se não bastassem tantos adicionais, no dia 02 de fevereiro de 2009, foi implantado um novo adicional de plantão hospitalar, com o objetivo de suprir a redução de recursos humanos nos HUFs.

8 ADICIONAL POR PLANTÃO HOSPITALAR: PROBLEMAS OU SOLUÇÕES

O Adicional por Plantão Hospitalar (APH), instituído pela Lei nº 11.097, de 02 de fevereiro de 2009, passou a ser realidade nos quarenta e seis hospitais universitários federais espalhados por todo o Brasil. Essa iniciativa governamental ocorreu para sanar a necessidade imperiosa de ampliação da força de trabalho, garantir a produtividade e possibilitar aos HUs tivessem mais recursos oriundos do SUS por meio das contratualizações.

O APH é aplicável aos servidores efetivos que trabalham em regime de plantão nos Hospitais Universitários Federal, das Forças Armadas, Geral de Bonsucesso, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras e Hospital dos Servidores do Estado. Os profissionais poderão realizar, no máximo, dois plantões semanais com duração mínima, cada um, de 12 horas ininterruptas, sendo que o valor da hora é determinado conforme o nível de escolaridade do servidor.

O APH, consoante Portaria do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, foi instituído para ser utilizado na cobertura de serviços considerados essenciais para o atendimento de pacientes críticos, incluindo as áreas de atendimento de urgência e emergência, unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico e/ou obstétrico, central de esterilização, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e demais unidades especializadas envolvidas com este tipo de atendimento.

O quantitativo máximo de concessão do Adicional, para cada um dos Hospitais Universitários Federais, foi fixado a partir de estudo realizado pela Comissão de Verificação criada pela Portaria Interministerial nº. 176, de 02 de julho de 2009, na forma do art. 306 da Lei nº. 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, com base nos critérios estabelecidos pelo artigo 7º do Decreto nº 6.863, de 28 de maio de 2009, e na avaliação da necessidade de manutenção de funcionamento ininterrupto de serviços essenciais das instituições.

Do total de APH destinado a cada um dos HUs, 70% (setenta por cento) devem ser utilizados para os profissionais que realizam atividades-fim críticas, como médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, e os 30% (trinta por cento) restantes poderão ser utilizados para os demais profissionais da saúde.

Terão direito ao recebimento de APH os hospitais universitários federais que tiverem implantado controle eletrônico, que permita aferir as horas trabalhadas em regime de plantão hospitalar e as correspondentes ao efetivo atendimento no hospital durante o plantão de sobreaviso. Compete à Comissão de Verificação, a supervisão da implementação do APH e a elaboração de demonstrativo histórico das escalas elaboradas com a finalidade de cobertura do quadro de pessoal, necessário ao desenvolvimento ininterrupto das atividades hospitalares, e envio ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, para subsidiar proposta de revisão dos valores máximos fixados.

Os Hospitais Universitários Federais deverão realizar, mensalmente, o levantamento da necessidade de cobertura de plantões em seus serviços e à previsão de servidores disponíveis para elaborar as suas escalas. Aprovadas as previsões e escalas de plantões de cada setor, a direção superior do Hospital Universitário deverá informar ao Ministério da Educação, para que o mesmo possa avaliar e acompanhar as escalas, bem como fornecer à Comissão de Verificação os subsídios para a supervisão da implementação do APH e a adequação do quantitativo máximo de plantões para cada hospital.

6. NEGOCIAÇÃO COLETIVA

Pratica-se negociação em todo momento da vida em sociedade. A negociação faz parte do dia a dia, ela ocorre justamente para que se possa diminuir ou até mesmo liminar os conflitos existentes, de forma individual ou coletiva, com o objetivo de se obter consenso. E, nesse sentido, que a negociação coletiva no âmbito do trabalho será abordada neste capítulo, incluindo a sua inserção no serviço público federal, em especial na área da saúde, e no processo de implantação do Adicional por Plantão Hospitalar no Hospital Universitário Júlio Müller.

Para Braga (1998) apud Misoczky (2009), a negociação consiste em um processo em que as partes envolvidas se deslocam de suas posições originais, inicialmente divergentes, para um ponto no qual o acordo possa ser realizado. Inclusive, Misoczky (2009) entende que, para que haja uma aproximação entre as parte negociadoras e assim se chegar a um produto final, durante uma negociação, podem ser utilizados alguns movimentos ou práticas comuns entre os envolvidos:

- a) Acordo – implica na busca de um fundamento intermediário, um processo no quais as partes fazem concessões até chegarem a um entendimento.
- b) Barganha – é o momento em que as partes fazem concessões.
- c) Coerção – ocorre quando negociadores em posição privilegiada tentarão compelir a outra parte ou partes a um acordo. Se usada de forma inadequada poderá resultar no fracasso da negociação.
- d) Emoção – o comportamento dos negociadores pode ser alterado em decorrência do tipo de reação que têm face às atitudes dos demais participantes.
- e) Raciocínio lógico – utilizado na sustentação de posições e na busca do convencimento da outra parte.

Tais movimentos ou práticas podem e o são também utilizados na negociação coletiva quando envolvem as relações de trabalho.

6.1 Negociação Coletiva de Trabalho

Conforme Ferreira et al (2008), as relações de trabalho no Brasil têm, por origem e marca histórica, o autoritarismo. Pesa sobre a sociedade brasileira a ignomínia da escravidão. Sem piedade foi sob o jugo do açoite que se desenvolveu

a exploração da força de trabalho ao longo de todo o período colonial até o final do Império.

“No início do século XX, aurora da República, era igualmente incipiente e difusa a industrialização no país. Os trabalhadores estavam submetidos a precárias condições de vida e de trabalho e a organização de manifestações políticas e greves era sistemática e brutalmente sufocada pelo patronato, que contava com o auxílio do aparelho estatal, por meio da mobilização repressiva de forças policiais truculentas, especialmente por volta do ano de (1922-1926) durante o governo de Artur Bernardes” (FERREIRA et al.; 2008).

Neste quadrante da história, no centro do capitalismo, a institucionalização das normas de regência do universo do trabalho decorria, principalmente, dos conflitos de onde emergiu o ordenamento de caráter coletivo, com lutas pela busca do reconhecimento financeiro e dignidade no trabalho à margem da intervenção estatal.

Os primeiros movimentos operários no Brasil datam do início do século, protagonizados pelos portuários de Belém do Pará, seguidos pelos carroceiros do Rio de Janeiro, dando origem às primeiras normas legais sobre os sindicatos em 1932 quando Lindolfo Collor era Ministro dos Negócios do Trabalho, Indústria e comércio do governo de Getúlio Vargas,

Do ponto de vista dos direitos individuais, a Consolidação das Leis de Trabalho, em 1943, surgiu para garantir aos trabalhadores o acesso a direitos como férias, salário mínimo, descanso semanal remunerado e jornada de trabalho, significando a consolidação de avanços históricos que se mantêm até os dias atuais (FERREIRA, 2008). Assim, surgiram os sindicatos, com o objetivo de manter as conquistas trabalhistas e buscar novas conquistas através da negociação coletiva. Para Pinto 1998 apud Misoczky (2009):

“A negociação coletiva deve ser entendida como o complexo de entendimentos entre representações de categorias de trabalhadores e empresas, ou suas representações, para estabelecer condições gerais de trabalho destinadas a regular as relações individuais entre seus integrantes ou solucionar outras questões que estejam perturbando a execução normal dos contratos.”

Para Misoczky (2009), a negociação coletiva é um processo de troca de informações entre as partes, com o objetivo de produzir acordos coletivos ou convenções coletivas que, por sua vez, criam as regras jurídicas que irão normatizar situações futuras.

Conforme Stoll (2007, p.26)

“A negociação coletiva é o meio pelo qual a autonomia privada coletiva se exercita. A negociação coletiva é o processo democrático por meio do qual as partes buscam, diretamente, uma composição para a regência das relações de trabalho que protagonizam. A negociação coletiva é, assim, o processo dinâmico voltado ao atingimento do ponto de equilíbrio entre interesses divergentes visando a satisfazer, transitoriamente, as necessidades presentes do grupo de trabalhadores e de equalizar os custos de produção.”

6.2 A Negociação Coletiva no Serviço Público Federal

As principais diferenças nos sistemas de regulação das relações de trabalho no setor público se referem à prevalência da autoridade ou do contrato como princípio organizador.

No que concerne ao serviço público, Ferreira et al. (2009) relata que à organização coletiva das relações de trabalho não teve melhor sorte. Até o advento da reabertura democrática e promulgação da Constituição de 1988, que garantiu aos servidores públicos o direito à liberdade de associação sindical e o direito de greve.

Ainda, conforme Ferreira et al. (2009) a Constituição veio reconhecer aos servidores públicos os direitos de sindicalização e greve, possibilitando a reivindicação de seus direitos, todavia, não obstante o fato de a autonomia coletiva dos servidores públicos ter sido elevada à estatura constitucional e não guardar compatibilidade com a permanência do modelo autoritário até então vigente, tal ruptura de paradigma não foi prontamente capturada pelos gestores do Estado até recentemente.

Contudo, apesar das conquistas dos servidores públicos, logicamente com a intervenção do sindicato, nos anos de 1995 a 2000, ocorreu um enfraquecimento do funcionalismo público junto ao Estado. De acordo com Ferreira et al.(2009), o Estado passou a utilizar como tática a promoção de medidas visando derrotar politicamente

as categorias profissionais (como foi o caso dos petroleiros em 1996), com demissões e imposição de multas vultuosas contra os sindicatos, que acabaram por criar um anticlímax à construção democrática do Estado.

Diante disso, ocorreu a repressão dos movimentos sindicais, levando a sentimentos profundos, como o desinteresse pela máquina pública, contribuindo para aprofundar o desmonte do aparelho estatal, desencadeando greves de períodos prolongados, banalização do recurso da greve, aumentando os conflitos e o enfraquecimento total das relações de trabalho.

Com a atual gestão governamental foi possível romper o viés do autoritarismo, pois houve a possibilidade de estabelecer novos paradigmas, valorizando a participação dos servidores no processo decisório que concerne sobre sua vida funcional.

Dos instrumentos de democratização em prática, cabe relevar o desenvolvimento da cultura da negociação, em especial da negociação coletiva de trabalho. A instituição de processo sistematizado e permanente de negociação privilegia o pensar e o fazer coletivos e a autotutela dos conflitos que são inerentes às relações de trabalho, evitando sua exacerbação por meio de greves e paralisações, nem sempre conciliadas à necessária continuidade dos serviços públicos (FERREIRA et al.;2009).

Para Cheibub apud Misoczky (2009) confirma que:

Negociação coletiva implica exatamente o compartilhamento dos poderes em fixar salários e condições de emprego, o Estado encontra-se perante a difícil tarefa de conciliar o compartilhamento dessas atribuições com os sindicatos sem perder sua autoridade e responsabilidade perante o eleitorado. As dificuldades envolvidas nessa situação se manifestam na ordenação das relações de trabalho de todos os empregados do Estado, mesmo daqueles que trabalham em condições muito próximas as do setor privado, como os trabalhadores dos empreendimentos produtivos do Estado.

Não foi por outro motivo que o texto constitucional de 1988 veio garantir aos servidores o direito à sindicalização e à greve. A par destes direitos está o direito à negociação coletiva de trabalho, como instrumentos que exigem do Estado o tratamento dos conflitos imanentes à dinâmica social.

Alerta Luciana Bullamah Stoll:

"Destarte, ponto de suma importância em relação à possibilidade de negociação coletiva no setor público no Brasil é que não se pode pensar em um sistema sindical e no direito de greve que não admita, antes, a negociação coletiva de trabalho, como decorrência lógica do direito à liberdade sindical, que deve ser exercida amplamente." (STOLL Apud FERREIRA et al.;2009).

Negociação Coletiva do Trabalho Em Saúde pode ser observada em diversas iniciativas voltadas à instituição do sistema de gestão e à priorização do desenvolvimento de trabalho no serviço público.

Relatam Junior & Braga (1988), que diante de uma negociação coletiva em saúde, uma das maiores preocupações, deve ser a de não deixar de focar que o maior objeto de interesse é o cidadão usuário do sistema. Entendem que a Saúde, a Previdência Social e a Educação, dentre outras, constituem peças essenciais ao exercício da cidadania, cabendo, especialmente aos servidores públicos e às instituições voltadas ao aprimoramento da democracia social no País, uma parcela considerável de responsabilidade na condução dessa tarefa.

Tais sistemas têm por substrato promover o envolvimento, a integração e a participação do conjunto dos servidores nos assuntos de interesse comum, por intermédio da participação organizada de suas entidades sindicais.

Portanto para Junior & Braga (1998) a negociação coletiva é instrumento de ação para intervir no campo da resolução de conflitos de interesse. Conflitos não administrados contribuem para a ineficiência, baixa produtividade e má qualidade dos serviços. Juntos, desses sintomas é possível encontrar frustrações, desmotivação e insegurança dos servidores, e a insatisfação dos usuários. Os conflitos decorrentes das expectativas dos clientes, dos interesses dos prestadores de serviço e das capacidades dos gestores são inevitáveis: os usuários desejam acesso aos serviços de forma permanente, com facilidades, eficácia e qualidade no atendimento, sendo que o servidor deseja trabalhar em jornadas agradáveis, cumpridas de acordo com suas próprias preferências em condições confortáveis de trabalho. .

Os instrumentos disponíveis na administração pública são pouco flexíveis para atuar sobre o conflito que tende a se agravar na medida em que os cidadãos tornam-se mais

conscientes de seus direitos e, portanto, mais exigentes. Na contrapartida, a crise econômica e social limita a disponibilização de recursos e tende a prejudicar a qualidade dos serviços ofertados, Junior & Braga (1998).

O conflito presente em uma instituição seja entre os servidores ou gestores, ou envolvendo os usuários, serve de alerta para demonstrar que, naquele ambiente, está ocorrendo aspecto determinante que necessita de reparo junto a uma equipe e gestores, repercutindo no usuário. Junior e Braga (1998) por outro lado, entendem que há ambientes objetivamente submetidos a certa condição intrinsecamente conflituosa. E que, em níveis toleráveis, não são essas condições as geradoras da inépcia ou da má qualidade dos serviços, da frustração de servidores e administradores públicos e da insatisfação dos usuários. A inadequação do tratamento a ser conferido a essas condições conflituosas é que geram a exacerbação dos conflitos com seus sintomas nefandos para todo um ambiente inadequado.

Para Junior & Braga (1998):

Ao sugerir um modelo de sistema de negociação buscou-se, com base em experiências anteriores, fixar uma referência concreta acerca das possibilidades de ordenar e institucionalizar procedimentos que já são corriqueiros na administração pública: as inúmeras tentativas de compor soluções para os conflitos que emergem no dia- a- dia do serviço. Trata-se, portanto, fundamentalmente, de sistematizar regras que conduzam essa maneira incipiente, desorganizada e esporádica de negociação, que sempre ocorre onde há situações de conflitos, para uma condição mais adequada, que seja capaz, principalmente, de prevenir situações conflituosas, de estabelecer possibilidades convergentes de solução de conflito, de obstar Metodologia de Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde.

Assim, é importante entender que o diagnóstico precoce e o tratamento dos conflitos existentes em uma organização pública de saúde, assim como o tratamento dessas condições conflituosas através da negociação coletiva, poderão trazer benefícios não só a organização junto aos servidores, mas, também, resultados surpreendentes no atendimento à sociedade, que a cada dia se torna mais exigente.

6.2 Negociação coletiva na implantação do Adicional por Plantão Hospitalar no Hospital Universitário Júlio Müller, grandes desafios.

O HUJM passou dezesseis anos utilizando-se de adicionais salariais como mecanismo para manter o atendimento de forma ininterrupta para a sociedade, sendo o mais recente adicional regulamentado pelo Conselho Diretor 41 (CD41), contudo, no dia 21 de setembro de 2009, após a publicação do Decreto nº. 6.863, de 28 de maio de 2009, que regulamenta a aplicação do APH, os plantões, que totalizavam 22.000 horas/mês passaram a ter seu quantitativo definido pelo Ministério de Educação, o qual o fixou, no máximo, em 6.132 horas de plantão/mês.

Diante disso, surgiu um grande dilema institucional que somente poderia ser resolvido através da negociação coletiva entre servidores e dirigentes da instituição.

Como o Hospital vinha há dezesseis anos com um número insuficiente de servidores para manter o seu funcionamento de forma ininterrupta, a solução foi a instituição do APH, no entanto, nem todas as categorias foram contempladas com o novo incentivo, surgindo conflitos decorrentes da extinção da decisão do Conselho Diretor que beneficiava a todos os servidores. Diante do cenário de incertezas inserido no HUJM, momentos permeados de constantes mudanças, ocorreram grandes situações de conflitos, envolvendo desde questões ideológicas até relações humanas, desafiando toda gestão da UFMT e do HUJM.

Nesse momento foi necessária à intervenção do Sindicato, o qual deu início ao processo de negociação coletiva, juntamente com a representação governamental e os servidores, tendo sido elaboradas novas estratégias para manter os objetivos da Organização e do servidor, repercutindo na sociedade.

Cabe salientar que, compete ao Sindicato dos Trabalhadores Técnicos e Administrativos da Universidade Federal do Mato Grosso, a representação coletiva dos interesses dos servidores desta Universidade. Fundado, primeiramente, em 17 de junho de 1977, como Associação dos Servidores da Universidade Federal de Mato Grosso (ASSUMT), e transformado em sindicato, em janeiro de 1993, a ele compete promover a defesa, assim como a representação legal e administrativa dos trabalhadores técnico-administrativos, ativos, aposentados e pensionistas da UFMT e das instituições públicas de ensino superior do Estado do Mato Grosso, das fundações apensas à Universidade Federal de MT e as suas unidades acadêmicas ou órgãos que exerçam suas atividades na Instituição. Para tanto, adota como

princípios: a independência de Classe; a defesa dos interesses imediatos e históricos dos trabalhadores; a defesa da educação enquanto um bem público e uma política educacional que atenda as necessidades populares, o direito ao ensino público, gratuito, democrático, laico e de qualidade social para todos; a defesa da autonomia e liberdades sindicais frente a partidos políticos, credos religiosos e ao Estado; a democracia e a participação dos trabalhadores em suas ações e na tomada de decisões; a defesa das liberdades individuais e coletivas, pelo respeito à justiça social, pelos direitos fundamentais dos homens, mulheres crianças e pelo fim de toda e qualquer forma de opressão e exploração; a defesa e a prática da solidariedade entre os povos para a concretização da paz e do desenvolvimento em todo o mundo; a defesa do meio ambiente, da fauna e da flora, em todos os sentidos, com a participação ativa em Conselhos, Comissões e outros fóruns criados para discutir estes temas; e a defesa da reforma agrária, como única forma de acabar com a violência no campo.

Diante dos fatos temos uma demonstração do importante papel dos sindicatos na representatividade do servidor público na implantação da APH e a participação obrigatória dessas entidades nas negociações coletivas de trabalho.

7 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de caso, de base qualitativa exploratória, cujo principal foco reside na avaliação da repercussão na implantação de um novo adicional hospitalar no Hospital Federal Universitário de Cuiabá-MT, com vistas à obtenção de subsídios teóricos que possam colaborar na gestão dos recursos humanos. Diante disso pressupondo-se que a forma de incentivos salariais, oferecidas pelo Estado, ao servidor público, com objetivo de sanar de forma temporária a falta de recursos humanos, poderá em um futuro próximo, trazer repercussões para a instituição pública, o servidor e a sociedade.

O estudo de caso se aplica a estudos específicos inseridos na realidade mais amplas e serve a vários propósitos de pesquisa. Ainda, é útil para proporcionar uma visão mais clara acerca de fenômenos pouco conhecidos, adequado para formulação de hipóteses de pesquisa e possibilita estudar em profundidade grupos, organizações, considerando suas múltiplas dimensões. Pode ser considerado um delineamento em que são utilizados diversos métodos ou técnicas de coleta de dados, como a observação, a entrevista e análise de documentos (GIL, 2009).

A principal característica do hospital estudado é ser, na esfera pública federal, uma referência do Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição se caracteriza como hospital geral, ligado à esfera administrativa federal, atendendo no nível ambulatorial, a média e a alta complexidade; e no nível hospitalar, a alta complexidade. Possui um total de 120 leitos e para o atendimento a esta demanda, conta com um total de 980 (novecentos e oitenta) servidores, dentre estatutários e contratados por tempo determinado.

O estudo tem por base uma análise documental de obtidos através de documentos de fontes oficiais e institucionais, dados históricos de fontes bibliográficas, documentos escritos e documentos iconográficos. Nesta análise documental buscou-se verificar como se deu a operacionalização da negociação coletiva na implantação do Adicional de Plantão Hospitalar, através dos ofícios endereçados aos órgãos ligados a implantação e a Reitoria da UFMT e Diretoria do HUJM.

A pesquisa documental utiliza-se de dados que ainda não recebeu tratamento analítico, ou tratamento que pode ser reelaborado de acordo com os objetivos

propostos para um estudo específico, segundo GIL (2008). O presente estudo procurou não nos limitar a esta definição, mas considerar os documentos como representantes específicos de uma realidade construída a respeito da implantação da APH, na instituição estudada.

Assim, os dados encontrados nos documentos foram considerados como uma noção da existência de uma realidade de fato, a qual foi visualizada e analisada como forma de contextualização da informação, ou seja, como dispositivos comunicativos metodologicamente desenvolvidos na construção de versões sobre eventos. O documento foi adotado como estratégia de análise e não apenas como uma simples representação dos fatos ou da realidade, mas, sim, como uma base em que se buscou o significado social para aqueles que são objetos do documento. Neste sentido, os documentos não foram considerados apenas como recurso de pesquisa, mas também como foco de pesquisa, no qual indagamos sobre suas características e em que condições específicas eles foram produzidos. (FLICK, 2009).

Para a realização da análise documental, foi consultado o máximo de documentos relacionados ao assunto, cedidos pelo Sindicato dos Trabalhadores Técnicos e Administrativos da Universidade Federal - Mato Grosso (SINTUF-MT), além de jornais eletrônicos e documentos diversos pesquisados na internet.

Em relação aos documentos selecionados, partiu-se do pressuposto da análise como um processo de conhecimento de uma dada realidade, no qual foram discriminados e descritos seus componentes, utilizando-se dessa primeira visão do todo para realizar outras sínteses mais específicas, de maneira a apreender o objeto de estudo.

Por fim, a análise foi realizada observando os conceitos de Flick (2009), que associa as variedades de significados como forma de compreender as redes culturais presentes nos discursos, tratando o texto como o próprio objeto do estudo.

8. RESULTADOS

Para análise dos dados coletaram-se documentos informativos e oficiais referentes ao assunto pertinente a pesquisa, analisando a repercussão da implantação da APH em um hospital universitário no município de Cuiabá–MT, e como a negociação coletiva, influenciou nos resultados antes durante e após a implantação.

O início da negociação para a criação do Adicional de Plantão Hospitalar deu-se, em julho de 2006, a partir da discussão de uma minuta, que tinha como anteprojeto uma versão já modificada após reunião com o Ministério da Educação e Cultura. Houve a apresentação de diversas propostas, sendo considerada a mais relevante a que tinha por base a solução da escassez de funcionários. Conforme a minuta, já em 2006, podia-se perceber a carência de servidores nos hospitais universitários o que, com o projeto de lei encaminhado ao Congresso Nacional, foi tentado reverter com a implantação de um novo adicional:

“Que para efeito de concessão do APH, as entidades do sistema federal de ensino superior que possuam hospital universitário encaminharão demonstrativo histórico do quadro de pessoal necessário ao desenvolvimento ininterrupto das atividades hospitalares, mediante levantamento efetuado por Comissões de Verificação ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, por intermédio do Ministério da Educação”. (art. 8º Lei 11.907, Decreto Nº 6863)

No ano de 2007, precisamente no dia 08 de julho, um ofício EMI/MEC/MP/Nº SN enviado ao Presidente da República pelos Ministros em exercício da Educação e do Planejamento, tinha como proposta principal a criação do Adicional por Plantão Hospitalar, a ser implantado nos hospitais universitários justificava que:

[...] os HUs têm o papel fundamental de propiciar formação acadêmica aos estudantes dos cursos da área de saúde com aprendizado prático, em relação ao que vivenciam teoricamente nas salas de aulas, os hospitais de ensino são voltados para a pesquisa e extensão [...]

Para que ocorra um ensino de qualidade são necessárias pessoas capacitadas para orientar no desenvolvimento de novas descobertas. Nos HUs, as pessoas estão preparadas para colaborar na construção de novos conhecimentos,

porém o que vem faltando são pessoas disponíveis para tal e, automaticamente, a parte prática e a produção de pesquisa não ocorrem de forma desejada. Sabe-se que a pesquisa conduz a novos conhecimentos, contudo, para que essa prática aconteça é necessário ter pessoas disponíveis e capacitadas.

[...] a atuação do HU junto à população adquire idêntico significado, caracterizando-se até como indispensável, principalmente porque se encontra integrado aos programas de formação e de educação permanente [...]

Os hospitais universitários (HUs), além do ensino prático de medicina e demais cursos na área de saúde, vêm cumprindo uma importante tarefa de dar assistência gratuita a toda população, principalmente, para os que têm um poder aquisitivo menor, tornando-se grandes aliados da sociedade na luta pela universalização do atendimento no Sistema Único de Saúde, pelo serviço integrado e recolocação do usuário de volta à sociedade através da educação em saúde. Isso tem sido negociado diariamente, demonstrando a importância em se ter uma interligação entre a assistência terciária com a assistência primária.

[...] os HU's garantem assistência médico hospitalar à sociedade em geral [...], tornando-se referência única em atendimento à população [...].

Salvo raras e honrosas exceções, há documentos que demonstram que os HUs encontravam-se funcionando de forma precária, alguns à beira do fechamento. O que só não ocorreu devido às assembleias realizadas pelos sindicatos, na luta contínua para manter todos os serviços oferecidos, visando à necessidade de servir uma sociedade que clama por saúde.

[...] os HU's necessitam manter funcionamento contínuo de determinados serviços imprescindíveis às suas atividades. No entanto, encontram dificuldades devido à falta de profissionais para suprir, em caráter permanente, esse atendimento. Uma forma de se buscar o equacionamento da questão e regulamentar a APH nos HU's".

Naquele momento, criava-se um clima propício de negociação coletiva, o qual determinava que a solução da falta de profissionais, fosse resolvido através da regulamentação dos serviços do adicional por plantão hospitalar nos HU's,

necessitado de se criar um documento legal hábil para remunerar essas atividades indispensáveis ao funcionamento ininterrupto dos hospitais.

“Sendo assim, será necessário modificar o Art 61 da Lei nº 8.112/90, que trata das Gratificações e Adicionais, a fim de sanar, definitivamente, as dificuldades apresentadas [...]”.

A proposta para a solução do problema não seria novas contratações de pessoal, mas, sim a instituição de mais um adicional na folha do servidor, o qual recebeu várias críticas, visto que no anteprojeto de lei deixava claro, no seu Art. 3º, que o APH não seria incorporado aos vencimentos, à remuneração, nem aos proventos de inatividade ou pensão relativa ao falecimento do servidor público federal, bem como não serviria de base para cálculos de qualquer benefício, ou qualquer vantagem coletiva ou pessoal

“O artigo 61 da Lei nº 8. 112 de 11 de dezembro de 1990 passa a vigorar acrescidos do inciso IX: que tem como justificativa o adicional por plantão hospitalar-APH”.

A proposta foi considerada uma forma ilusória, um falso salário, que não solucionaria a questão da falta de funcionários. Após a proposta do Adicional por Plantão Hospitalar, encaminhada pelos Ministros da Educação e do Planejamento ao Presidente da República, ter sido aprovada pelo Congresso Nacional, ficaria instituído então o Adicional por Plantão Hospitalar nas atividades hospitalares desempenhadas em regime de plantão, nas áreas indispensáveis ao funcionamento ininterrupto dos hospitais universitários federal, diante disso iniciava-se a negociação coletiva para operacionalização do APH no Hospital Universitário Júlio Muller, após algumas considerações:

“[...] que o Hospital Universitário Júlio Müller tem seu funcionamento de forma ininterrupta, [...] o não pagamento de Adicional por Plantão Hospitalar ocasionará sérias conseqüências ao atendimento a população, estabelece que além do vencimento e das vantagens previstas, serão deferidos aos servidores adicionais relativos ao local ou natureza do trabalho, [...] o Adicional por Plantão Hospitalar não foi regulamentado no âmbito nacional, motivo pelo qual não possui rubrica específica para pagamento”.

Anterior a determinação da implantação da APH, precisamente na década de 90, os problemas relacionado pela falta de servidor já pairava sobre o Júlio Müller.

Durante um processo de negociação coletiva, do qual participaram professores e servidores do Hospital junto ao Conselho Diretor da Universidade Federal de Mato Grosso, foi possível realizar um demonstrativo da necessidade de falta de servidores, principalmente, no período noturno e nos finais de semana, para prestar assistência de qualidade à sociedade.

Com base neste histórico das escalas realizadas foi possível detectar, claramente, qual era a verdadeira necessidade de servidores dentro da instituição, e só assim elaborar uma minuta de Resolução CD nº 144, objetivando a viabilização da implantação efetiva dos plantões hospitalares. Diante dessa regulamentação, o Conselho Diretor da Universidade Federal de Mato Grosso, no ano de 1990, resolveu que a remuneração dos plantões hospitalares passaria a receber tratamento isonômico, independente das especialidades e setor onde são exercidos, bem como os reajustes dos valores pagos como remuneração dos plantões hospitalares e obedeceriam aos mesmos critérios e periodicidades dos reajustes salariais da UFMT. Cabe ressaltar que a conquista da elaboração dessa minuta só foi possível mediante a flexibilidade de negociação entre os representantes da Universidade Federal Mato Grosso e a Administração do Hospital Universitário, primando pelos interesses Institucionais e os direitos dos servidores e da comunidade.

Diante disso, a Comissão concluiu que:

“Os problemas relativos à força de trabalho do HUUJM serão somente sanados, neste primeiro momento com a aprovação dos plantões, deixando cristalinamente assinalada a necessidade da busca a expansão das vagas para possibilitar o acuramento na qualidade do atendimento de saúde a comunidade”.

Longas datas se passaram e os problemas relacionados à falta de servidor público nos hospitais universitários permaneceram, mesmo com uma luta constante dos sindicatos representante dos servidores dos Hospitais e Universidades Federais. Percebe-se que um dos papéis do Governo Federal é reduzir gastos públicos, enxugarem as folhas, principalmente após a aposentadoria, mesmo sabendo que é o momento em que o servidor necessita ser mais bem remunerado.

No mês de dezembro de 2007, o conselho diretor (CD) da Universidade Federal de Mato Grosso, no uso das atribuições legais, resolve, no Art 1º que:

“Fica instituído o Adicional por plantão Hospitalar no hospital Júlio Müller, com base no artigo 61, item VIII da lei 8112 de dezembro de 1990, que essa resolução regulamentada”.

No contexto geral, a APH havia sido instituída, porém longas e exaustivas negociações iriam acontecer para que ocorresse a efetiva implantação nos HUs e concomitantemente no HUJM, o que só ocorreria após a definição da regulamentação em nível nacional. Os servidores do HUJM e os docentes da UFMT permaneceriam recebendo o plantão hospitalar, que se denominava Adicional por Serviços Extraordinários regulamentada no momento pela CD 41. A expectativa era muito grande de todos os servidores, pois era sabido que iria ser duplicado o valor que recebiam pelo plantão.

No dia 02 de janeiro de 2009, iniciou a negociação entre o Hospital Universitário Júlio Muller e Ministério da Educação, através de e-mail, quando foi solicitado pelo Prof. José Rubens Rebelato coordenador geral dos hospitais universitários, o detalhamento por categoria profissional e quantidades de plantões realizados mensalmente atribuídos a cada servidor no HUJM, observando o disposto na Medida Provisória nº 441, de 29 de agosto de 2008, que já era uma antiga reivindicação dos hospitais universitários com a seguinte observação:

“Os referidos plantões devem abranger atividades assistenciais afins, supervisão de internato e programas de residência de saúde (médica e multiprofissional), tanto na categoria presencial quanto na de sobreaviso”.

Inicialmente, foi deixado claro que os referidos plantões deveriam abranger atividades assistenciais e educacionais, porém, no dia 03 de fevereiro de 2009, ao ser encaminhado a resposta ao MEC pelo Diretor Administrativo em exercício, o mesmo relatou:

“Informamos que o nosso HU possui também servidores que não são das áreas contempladas pela MP441, mas que são de extrema importância para o funcionamento do hospital (níveis de apoio, vigilantes, porteiros, eletricitas, etc.)”.

Mesmo sabendo que já haviam sido delimitados pelo Ministério da Educação os cargos que iriam ser contemplados com a APH, o Diretor do Hospital tentou uma

negociação sutil para toda coletividade, pois já previa que a não contemplação de todas as categorias poderia trazer transtornos graves a instituição e a sociedade.

Mesmo com o posicionamento dos diretores do HJJM, em relação à regulamentação da APH, no dia 16 de julho de 2009, o Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Mato Grosso, solicitou junto à Reitoria alguns esclarecimentos, conforme Ofício de nº 039/SINT-MT/09:

“Como é de vosso conhecimento os servidores do HJJM estão trabalhando ansiosos desde a publicação da MP441 de 28/08/2008 que instituiu o APH, passando a vigorar como Lei [...]”, sendo publicado o Decreto de Nº 6.863, [...]”.

Diante da publicação do ofício de nº 039/SINTUF-MT/09 os servidores questionaram vários itens, tais como: quais seriam os profissionais titulares de cargos de profissão efetiva das áreas de saúde; seriam estabelecidos valores ou números máximo de relativos aos plantões a serem realizados semestralmente; quem faria parte da comissão de verificação; poderá servidor e docente acompanhar ou fazer parte da comissão de verificação; o quantitativo de plantões será único para a assistência ou será dividido entre a assistência e o docente que acompanharam alunos em estágios curriculares supervisionado; como ficaram os servidores que estão contemplados com a Lei nº 11.907; o prazo para instalação da comissão de verificação será de 120 dias a partir de sua publicação (28/05/2009), já estamos na quinzena de julho.....

Com todos os questionamentos dos servidores, foi solicitada uma reunião com intermédio do sindicato para esclarecimento junto à Reitoria da Universidade Federal de Mato Grosso:

“[...] gostaríamos que Vossa Magnificência agendasse o mais rápido possível uma data para explanação do assunto no auditório do HJJM, para que todos os serviços possam trabalhar com mais segurança” (SINTUF-MT/2009).

Diante de todas as intermediações e negociações do Sindicato representante dos servidores da Universidade Federal de Mato Grosso e Hospital Universitário Júlio Müller, na implantação da APH, foi possível após ofício encaminhado ao Superintendente em exercício, porem e um grande impacto de insatisfação pelos

servidores que exerciam atividades fora dos setores que não foram contemplados com a Lei nº 11.907, conforme ofício de Nº 063/SINTF-MT/09:

“Conforme mensagem enviada pelo MEC no dia 23 de julho de 2009, [...] cujo assunto refere à APH, no qual determina os setores que serão beneficiados, [...], informamos que os trabalhadores que exercem atividades fora desses setores ou que não tem cargo contemplado pela Lei, encontram-se desorientados quanto à cobertura de escala do mês de agosto/2009. Diante dos fatos solicitamos a Vsa uma reunião urgente com todos os técnicos Administrativos [...]”.

Percebemos que diante dos fatos os servidores da saúde, que estavam inseridos diretamente no cuidado com o usuário crítico iriam ser beneficiados com a distribuição da APH, porém os que não lidavam diretamente com o usuário crítico não seriam contemplados com o novo incentivo, porém anteriormente esses servidores eram contemplados com o adicional regulamentado pelo Conselho Diretor 41 (CD41), mas infelizmente esse tipo de adicional cairia em desuso após a publicação do Decreto nº. 6.863, de 28 de maio de 2009.

Diante disso pairava a insatisfação, de alguns servidores na instituição, pois o hospital passou dezesseis anos utilizando-se de adicionais salariais como mecanismo para manter o atendimento de forma ininterrupta para o atendimento a população.

Do total de APH destinado a cada um dos HUs, setenta por cento deveria ser utilizados para os profissionais que realizam atividades-fim críticas, como médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, e os trinta por cento restantes poderiam ser utilizados para os demais profissionais da saúde. Esses setores críticos como a UTI adulto e neonatal, centro cirúrgico e central de esterilização, pronto atendimento adulto e infantil, o quantitativo a ser pago por horas trabalhadas para cada profissional que se enquadrava na Medida Provisória 441/2008 em finais de semana e feriados para nível superior o valor pago eram de R\$ 70,63 e para o nível intermediário R\$ 56,50 horas e nos dias úteis o valor a ser pago para o nível superior eram de R\$ 42,91 e para o nível intermediário R\$ 34,33.

No dia 28 de Outubro de 2009, de acordo com o e-mail enviado a Controladoria Geral dos Hospitais Universitários (CGHU)/MEC pelo diretor administrativo do HUJM, o qual trazia algumas considerações relacionadas aos departamentos que iriam serem contemplados com a APH, foram solicitado também

à a possibilidade de inserir novos cargos na distribuição da APH, possibilitando a contemplação de outros profissionais. Em resposta a sua solicitação Sr Marcos Avelino da CGHU relata:

“[...] esclareço que há possibilidade de inserção de novos setores para distribuição da APH, porém não abertura para novos cargos [...]”

Percebemos que, mesmo negociando novas tentativa de incluir outros cargos fora do que já havia sido previsto pelo Ministério da Educação, foi negado novas aberturas de cargos, porém foi possível incluírem novos setores como a clínica médica, semi-intensivo, cirúrgica, pediatria é a ginecologia e obstetrícia.

No dia 11 de novembro de 2009, o Sindicato SINTUF-MT, encaminhou um ofício à Superintendência (SUP) em exercício informando que no dia 23 de outubro de 2009 a comissão composta conforme a portaria de nº. 089/SUP-HUJM/09 tomaram algumas decisões, após esclarecimento no dia 28 de outubro pelo Sr Marcos Avelino da CGHU ao Diretor Administrativo do HUJM, sendo que uma delas seria relacionada ao quantitativo de horas fixado pelo MEC, que era insuficiente para manter o funcionamento do hospital e contemplar todos os servidores durante o mês, sendo necessário tomar algumas decisões:

“Caso fosse insuficiente o número de plantões para todos seria conveniente o rodízio para os setores que não foram contemplados no mês de outubro e que funcionassem ininterruptamente. [...] após a avaliação do número de horas e a realidade de cobertura do Hospital, decidiu-se pelo rodízio ficando contemplados todos os Técnicos Administrativos [...]. [...] e a redução de servidores nas escalas, sem prejudicar a assistência para que todos fossem contemplados com a APH [...]”

Diante dos fatos, é possível perceber em que alguns momentos da negociação coletiva, os servidores sobrepõem suas necessidades financeiras, e deixa de se preocupar com o objeto de maior valor que é a sociedade.

Anteriormente os plantões que vigoravam no HUJM, eram pagos conforme a CD41 que tinha disponível um total aproximadamente de 22.000 horas/mês, e todos os servidores eram contemplados, mas com a remuneração menor por horas trabalhadas por plantões, relacionados às horas trabalhadas pelo APH. Ao ser publicado o Decreto nº. 6.863, de 28 de maio de 2009, que regulamentou a

aplicação do APH, foram fixado pelo MEC um total máximo de 6.132 horas de plantão/mês, para todo hospital HUJM, mas apenas alguns cargos seriam contemplados.

Conforme o Diário de Cuiabá no dia 06 de janeiro de 2010, vem relatando:

“A possibilidade de fechamento do HUJM, surgiu com portaria 918 no dia 21 de setembro de 2009, normatizando o pagamento de plantões de médicos e enfermeiros em todos os hospitais universitários do país. Contudo além de reduzir de 22mil para 6mil horas mensais de plantões, totalmente insuficiente para uma unidade do porte do HUJM, ainda excluiu a possibilidade de pagamento de horas de plantão para as categorias de apoio”.

No Artigo 8º do decreto nº 6863 de 28 de maio de 2009, e deixado claro que semestralmente, cada unidade hospitalar fará previsão do quantitativo de plantões necessários ao desenvolvimento ininterrupto das atividades hospitalares, especificando data e duração dos plantões; e quantos profissionais seriam necessários para manter o funcionamento hospitalar de forma ininterrupta, por nível e cargo, em cada plantão; o tipo de plantão; e os critérios de escolha dos servidores que participarão dos plantões.

Conforme Junio & Braga (1998)

“A negociação coletiva é instrumento de ação, para intervir no campo da resolução de conflitos de interesse. Conflitos não administrados contribuem para a ineficiência, baixa produtividade e má qualidade dos serviços. Juntos, esses sintomas provocam a frustração de servidores e a insatisfação dos usuários”.

No dia 09 de novembro de 2009, foi encaminhado um ofício de nº. 115/CG/SINTUF-MT, a magnífica Reitora da UFMT, com algumas considerações:

“A Medida Provisória 441, convertida em Lei 11.907 de 03 de fevereiro de 2009 excluindo a maioria dos trabalhadores do HUJM do APH, [...], o APH no mês de outubro de 2009 atende um percentual baixo dos profissionais contemplados com a Lei 11.907 deixando a maioria de fora juntamente com os que ficaram fora da Lei, [...] o SINTUF-MT vem trabalhando sempre que a direção da UFMT/HUJM faça os esclarecimentos aos trabalhadores evitando dessa forma a radicalização”.

Diante dessas considerações o SINTUF-MT, intermediou juntamente com a comissão e solicitou a direção da UFMT/HUJM, a oficialização junto ao MEC do pagamento da CD 41 conforme a deliberação da assembléia do dia 22 de outubro de 2009, aos servidores não contemplados com o APH, justificando que esta oficialização visa tranquilizar os trabalhadores para que possam de forma pacificadora trabalhar com segurança e a garantia de receber o pagamento na data correta, sem precisar entrar com o processo administrativo ou judicial.

Percebemos nesse momento a preocupação dos servidores referente à remuneração, provavelmente muitos haviam realizado compromissos financeiros e necessitavam honrá-los.

O problema relacionado à falta de profissional permanência dentro do HUJM, porém de forma mais perplexa, alguns profissionais que não se enquadravam na Lei, como o pessoal de apoio sendo esse os servidores da lavanderia, transporte, nutrição, imagem, ambulatórios, laboratório, fisioterapia, serviço social, administrativo e demais, não eram suficientes para manter o funcionamento do HUJM de forma ininterrupta, justamente por não poderem realizar os plantões hospitalar como a CD41 e nem mesmo o da Lei 11.907 que regulamentava o APH, visto que o atendimento a população dentro da instituição começava a fragilizar. E com isso foi encaminhado um ofício de nº. 121/CG/SINTUF-MT/09, ao Diretor dos Hospitais Universitários, Sr. José Rubens Rebellato, com algumas considerações:

“[...] não houve a visita da Comissão de Verificação para avaliar a importância de cargos e setores para o funcionamento no HUJM; [...] a Resolução nº. 218 de 06 de março de 1997 do Ministério da Saúde que reconhece e determinam quais são os profissionais da saúde; a exclusão do APH pelo sistema SIMEC/REHUF atingiu vários profissionais titulares de cargos de provimentos efetivos da área de saúde, inclusive que atuam no mesmo setor, sendo contemplada apenas a equipe médica e de enfermagem. [...] as rotinas dos HUFs não se resumem apenas nas atividades médicas e de enfermagem, pois o usuário quando entra no hospital depende do serviço multi, inter e transdisciplinar [...] o propósito que sustenta a criação do APH é garantir o pleno funcionamento dos hospitais; [...] a implantação do APH no mês de outubro gerou transtornos entre a equipe multiprofissional, sendo solicitado pelos trabalhadores Técnicos Administrativos o apoio do SINTUF-MT”.

Diante das considerações o sindicato, solicitou a inclusão de todos os profissionais de saúde que fazem jus ao APH conforme o Art. 298 da Lei 11.907 de 03 de fevereiro de 2009, no sistema SIMEC/REUF, garantido assim ao usuário do

Sistema único de Saúde um atendimento multi e interdisciplinar, sem comprometer seu tratamento e recuperação. Diante disso o sindicato como intermediador relata:

“E Mister ressaltar que a não inclusão de tais categorias comprometera não somente as escalas de trabalho, mas também o funcionamento de todo Hospital Universitário Júlio Müller/ UFMT”.

Conforme Moraes Filho apud Oliveira (1994) o mesmo relata que o dever social de trabalhar é desde o início e por definição um fato coletivo, sendo a cooperação a sua nota característica e essencial. Uns dependem dos outros, as tarefas se realizam através de um mosaico, fragmentário a princípio. Esta dependência pode ser direta ou indireta, mas todos se encontram no mesmo estado de precisão de trabalho alheio, levado a efeito em outros lugares e em outros tempos.

Conforme a deliberação da Assembléia Setorial da categoria Técnicos Administrativos no dia 16 de novembro de 2009, foi encaminhado um ofício de nº. 124/CG/SINTUF-MT/09, ao Deputado Federal Carlos Abicalil, solicitando:

“[...] a Vossa Excelência, o empenho e gestão junto ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão para a alocação de mais recursos no orçamento da União para o exercício de 2010 para o pagamento do Adicional por Plantão Hospitalar, evitando assim que os trabalhos nos referidos hospitais sejam interrompidos”.

Mesmo o HUJM, quase a beira do fechamento, no dia 04 de dezembro de 2009, foi encaminhado um ofício ao Superintendente e a Gerência de enfermagem em exercício, solicitando uma resposta relacionada à inclusão no Sistema SIMEC/REHUF de todos os profissionais da área de saúde que não pertenciam às classes médicas e de enfermagem, fazendo dessa forma um rodízio democrático. Em resposta verbal pela gerência de enfermagem no dia 24 de novembro foi relatado que o Diretor dos Hospitais Universitários, Sr. José Rubens Rebellato informou que: “O Sistema não abriria para outros cargos”. Diante disso para que não ocorresse uma insatisfação geral dos funcionários, a gerente de enfermagem em exercício achou por bem maior negociar coletivamente com a categoria de enfermagem um rodízio mensal entre todas as clínicas, e com a mesma estratégia a medicina contemplando de forma rotativa os servidores de enfermagem e medicina, ficando fora da contemplação os demais setores da área de saúde.

Conforme Castro & Santana (1998) a negociação coletiva tem como propósito fundamental promover e direcionar o desenvolvimento das relações de trabalho e o tratamento dos seus conflitos, utilizando como referência o objetivo comum de prestar e atender, com qualidade, eficácia e democracia, aos serviços e às demandas da cidadania, em seu benefício e em benefício da dignidade da pessoa humana.

A negociação coletiva é instrumento de ação para intervir no campo da resolução de conflitos de interesse. Conflitos não administrados contribuem para a ineficiência, baixa produtividade e má qualidade dos serviços, provocando a frustração de servidores e a insatisfação dos usuários. (CASTRO & SANTANA 1998)

Ao entrar o ano de 2010 aconteceu o inesperado, o fechamento de alguns leitos de UTI adulto e Neonatal e nas clínicas de forma geral, fato esse repercutiu nacionalmente, conforme o jornal Diário de Cuiabá 06 de janeiro de 2010:

“Desde o dia primeiro de janeiro de 2010, os prontos atendimentos e alguns leitos de UTI deixaram de funcionar no Hospital Universitário Julio Muller, que podem fechar as portas em dez dias, no caso não receba verba Federal para o pagamento de plantões dos servidores da unidade. As UTIs Neonatal e Adulto estão sofrendo redução gradativamente dos dezoitos leitos seis já foram desativados”.

Diante dos fatos a implantação da APH no Hospital Universitário Júlio Müller, trouxe grandes transtornos, com a redução de horas/plantão, foi necessário interferir na carga horária dos servidores que desde o ano de 2007, faziam conforme acordo interno com a Reitoria 30 horas semanais, sendo necessário retornar novamente para 40 horas semanais, e após um acordo com a Reitora atual firmou-se 36 horas semanais, justamente por falta de servidores para manter o hospital em funcionamento.

Conforme Diário oficial de Cuiabá no dia 06 de janeiro de 2010:

“A situação agrava a crise na Saúde pela qual passa o Estado, intensificada com a epidemia de dengue e o déficit generalizado de leitos de UTI. O HUJM estava com cem leitos ocupados e dezoitos leitos já estavam desativados. Na UTI neonatal, com a capacidade de para dez crianças, quatro vagas estavam ociosas por falta de equipe”.

Outras medidas foram tomadas como à interrupção da alimentação para quem estava de plantão de 12 horas, sendo necessário o servidor trazer de casa,

sua alimentação ou sair no horário de trabalho para alimentar-se, deixando muitas vezes o usuário do SUS sem atendimento por alguns momentos, aumentou o número considerável de licença em virtude da longa jornada de trabalho que gerou desgaste físico e mental, e prejuízo a saúde, comprometimento familiar pela ausência prolongada de suas residências.

Diante desse novo cenário de incertezas o Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Mato Grosso, considerou que a gestão em exercício do HUJM, não estava aberta para novas negociações, levando os servidores ao descontentamento por não serem ouvidos e nem comunicados, das mudanças que estavam ocorrendo, desrespeitando as leis trabalhistas e as leis pertinentes a cada categoria.

Com toda crise que estava ocorrendo como algumas infrações entre elas o déficit de pessoal, por determinação da Agencia de Vigilância Sanitária, foi necessário o fechamento de alguns setores e redução de leitos, com todos esses impasses, foi necessário em caráter emergencial a solicitação da interferência na gestão em exercício do HUJM, conforme ofício de nº. 031/CG/SINTUF-MT/2010 do dia 01 de abril de 2010:

“De forma democrática para que os trabalhadores possam dar continuidade à assistência de forma humanizada como sempre o fez, enquanto aguardamos eleição urgente independente da aprovação do regimento Interno do HUJM nos moldes que é aplicado a eleição para Reitoria desta instituição”.

A fim de encontrar soluções para manter o atendimento cem por cento no Hospital Universitário Júlio Müller, no ano de 2010, o Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Mato Grosso (SINTUF-MT) empenhou assiduamente nas reivindicações para o aumento do quantitativo de horas de APH destinado ao HUJM, mas solução esta, estava além dos seus esforços, pois encontrava-se nas mãos do Sistema. De acordo com Castro & Santana (1998), Tais Sistemas têm por substrato promover o envolvimento, a integração e a participação do conjunto dos servidores nos assuntos de interesse comum, por intermédio da participação organizada de suas entidades sindicais.

No final do mês de Abril de 2010, foi informado o novo quantitativo de horas de APH destinado aos Hospitais Universitários Federal, pelo Ministério da Educação, visto que todos e não somente o HUJM estavam passando por transtornos

relacionado à implantação da APH, embora o novo quantitativo de horas represente uma conquista após dura luta, fica ainda a preocupação de até quando nossos gestores iram utilizar o Adicional por Plantão Hospitalar como válvula de escape para solucionar a falta de recursos humanos, para dar uma assistência a saúde de qualidade a sociedade.

CONCLUSÃO

A implantação do Adicional por Plantão Hospitalar no Hospital Universitário Júlio Müller, só foi possível, por ter havido uma participação assíduas do sindicato o qual representou os Servidores Públicos Federais efetivamente.

A negociação coletiva de trabalho nos hospitais universitários federal foi e sempre será extremamente importante, na intervenção e contribuição para a consolidação de uma concepção democrática e participativa, de forma abrangente em busca de resultados eficazes e eficientes na prestação dos serviços de saúde a sociedade.

Diante disso foi possível perceber que mesmo com conflitos presentes a ênfase da negociação coletiva desencadeou resultados esperados na implantação do Adicional por Plantão Hospitalar, no Hospital Universitário Júlio Müller no município de Cuiabá-MT.

Contudo podemos deixar claro que mesmo com essa conquista, uma das melhores formas para solucionar a falta de servidor nos hospitais universitários ainda é a realização de novos concursos públicos.

REFERÊNCIAS

ABRAHUE – **Hospitais universitários e de ensino no Brasil: desafios e soluções**. Disponível em <www.abrahue.org.br>. Consulta em 12 de agosto de 2010.

ABRÚCIO, Fernando Luiz. **O impacto do modelo gerencial na administração pública**. Um breve estudo sobre a experiência internacional recente. 52 p. 1997. (Cadernos ENAP; n. 10)

ANDRADE, Marcos Vinícius M.; SANTOS, Ana Rosa dos. **Gestão de pessoas no serviço público federal: o caso do Núcleo de Documentação da Universidade Federal Fluminense**. Trabalho apresentado no XIII Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias, Natal, 2004.

ALBANO, M. *Dívida “estrangula” hospitais universitários federais*. **Folha Online, 08 dez. 2002**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u11911.shtml>>. Acesso em: 20 julh. 2010.

BONACIM, Carlos Alberto Grespan; ARAÚJO, Adriana Maria Procópio. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. **Rev. Fórum**. São Paulo, out./dez. n. 4 . v. 49. 419-433. 2009.

BRASIL. **Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/Secretaria da Reforma do Estado/Organizações Sociais**. Brasília: Ministério da administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. Cad. MARE; v. 2. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno02.pdf>>. Acesso em 18 de agosto de 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria nº 291 de março de 2010**. Portal de Legislação. Diário de leis. <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink>. consulta em: 18 agosto de 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Portaria do planejamento regulamenta adicional de plantão hospitalar**. 19 set. 2009. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/noticia.asp?p=not&cod=4348&cat=264&sec=29>>. Acesso em 19 de agosto de 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH – SUS/Ministério da Saúde**. 3 ed. Rev. Atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. consulta em 24 de julh. 2010

BRASIL. Escola Nacional de Administração Pública. Pesquisa ENAP. **Relatório de avaliação da política de Gratificação de Desempenho de Atividade Técnico-Administrativa (GDATA)/Pesquisa ENAP** — Brasília: ENAP, 2003.

BRAGA JUNIOR, David; BRAGA, Douglas Gersom. **Metodologia de Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde**. CASTRO, Janete Lima; SANTANA José Paranaguá. *Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde* _ Brasília: OPAS/ OMS; Natal: UFRN/NESC, 1998. 125 p.

CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: Healthcare Management**. Chicago, sep/out 2000.

CASTRO, Janete Lima; SANTANA José Paranaguá. **Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde** _ Brasília: OPAS/ OMS; Natal: UFRN/NESC, 1998. 125 p.

CHARLES, A.; BORGERT, A.; WEISE, A.D.; SILVA, M. Z. **Custos e atores envolvidos nos serviços de hemodinâmica de um hospital universitário**. XXVIII encontro nacional de engenharia de produção. A integração de cadeias produtivas com a abordagem da manufatura sustentável. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 13 a 16 de outubro de 2008.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. Educação, Ministério da, (MEC), - Relatório sobre os Hospitais Universitários Vinculados as Instituições Federais do Ensino Superior, Dezembro/2006.

DECRETO Nº 7.186, Regulamenta os arts. 298 a 307 da Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que tratam do Adicional por Plantão Hospitalar - APH de 27 de Maio.

FAINGLUZ. Jackes. **Competências gerenciais e os gestores hospitalares**. Dissertação de Mestrado apresentado a universidade Federal do Rio Grande do Sul. Julho 2001.

LAGIOIA, U. CRAVO T.; FALK, J. A. **A combinação de recursos públicos e privados como uma alternativa de financiamento nos hospitais universitários Brasileiros**. XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Curitiba – PR, 23 a 25 de outubro de 2002.

<http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002_TR32_0177.pdf> consulta em 10 de agosto 2010.

MACHADO JÚNIOR, José Eduardo Silveira. **Motivação e incentivos salariais diretos e indiretos aos colaboradores. Partes revista virtual**. 2009.

<<http://www.partes.com.br/emrhede/motivacao.asp>>. consulta em: 20 de Agosto de 2010

MAUAD; João Luiz. **Eficiência e incentivos por que o governo e ineficiente**. Novembro. 2009. <http://www.imil.org.br/uncategorized/eficiencia-e-incentivos-por-que-o-governo-e-ineficiente>. consulta em 30 de julh 2010.

MEDICI, A. C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. Trabalho realizado no Banco Interamericano de Desenvolvimento, Washington, D.C. **Revista Ass Med Brasil**. n. 47(2), 2001, p. 149-56.

<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>>. Consulta em: 20 julh 2010.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SANTANA, José Paranaçuá. **Gestão de Recursos Humanos e Reformas do Setor Público: Tendências e Pressupostos de uma Nova Abordagem**.

Documento elaborado sob encomenda do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde, para o Workshop on Global Health Workforce Strategy, promovido pela Organização Mundial da Saúde, em Annecy, França, em dezembro/2000.

OF. Nº 112/SINTUF-MT/2009. Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Mato Grosso. 30 de outubro de 2009.

OF. Nº 121/CG/SINTUF-MT/2009. Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Mato Grosso. 10 de Novembro de 2009.

OF. Nº 115/CG/SINTUF-MT/2009. Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Mato Grosso. 09 de Novembro de 2009.

OF. Nº 130/CG/SINTUF-MT/2009. Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Mato Grosso. 30 de Novembro de 2009.

OF. Nº 124/CG/SINTUF-MT/2009. Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Mato Grosso. 16 de Novembro de 2009.

OF. Nº 132/SINTUF-MT/2009. Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Mato Grosso. 04 de Dezembro 2009.

OF. Nº 023/SINTUF-MT/2010. Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Mato Grosso. 15 de Março de 2010.

OF. Nº 030/CG/SINTUF-MT/2010. Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Mato Grosso. 01 de Abril de 2010.

OF. Nº 031/CG/SINTUF-MT/2010. Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Mato Grosso. 01 de Abril de 2010.

OLIVEIRA, Orís. **Uma Nova Concepção Jurídica das Relações de Trabalho em Saúde**. CASTRO, Janete Lima; SANTANA José Paranaçuá. Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde _ Brasília: OPAS/ OMS; Natal: UFRN/NESC, 1998. 125 p.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Reforma da gestão**. Folha de S.Paulo, 27.3.2006. disponível em <http://www.bresserpereira.org.br/ver_file_3.asp?id=1744>. Consulta em 30/08/2010.

PIMENTEL, Sandro . **Adicional por Plantão Hospitalar: Dilema ou Solução**. Sintest RN. Out. 2009. Disponível em:

http://www.sintestrn.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=907: :adicional-por-plantao-hospitalar-aph-dilema-ou-solucao- &catid=34: eventos&Itemid =58>. Acesso em 21 ag. 2010.

Programa de reestruturação em HUs. **Jornal do Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Federais no Estado do Ceará (SINTUFCE)**. Acesso no dia 29 de julho de 2010 <<http://www.sintufce.org.br/download/jornalMaio2010.pdf>>.

REPORTAGEM. Júlio Muller, Ministério Público Federal pede Informações de Serviços Acesso no dia 20 de Janeiro de 2010
WWW.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=362266&edic..., Jornal Diário de Cuiabá, Ed. 20 de janeiro de 2010

REPORTAGEM. Júlio Muller, Ministério Público Federal pede Informações de Serviços Acesso no dia 20 de Janeiro de 2010
WWW.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=362266&edic..., Jornal Diário de Cuiabá, Ed. 08 de janeiro de 2010

RESOLUÇÃO CD144/90. Universidade Federal de Mato Grosso

ROMA, Keity. Serviços Parados no HUJM. Acesso no dia 20 de Janeiro de 2010
WWW.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=362266&edic..., Jornal Diário de Cuiabá, Ed. 06 de janeiro de 2010

ROMA. Keity. Serviços Parados no HUJM, unidades está à beira de fechar as portas definitivamente, depois de prontos-atendimentos e leitos de terapia intensiva. Acesso no dia 20 de Janeiro de 2010
WWW.diariodecuiaba.com.br?detalhe.php?cod=362266&edic..., Jornal Diário de Cuiabá, Ed. 06 de janeiro de 2010

SIDNEY W.; SANCHES, A. Hospitais Universitários Agonizam por Falta de Recursos. Acesso no dia 28 de julho de 2010<
<http://www.adusp.org.br/revista/07/r07a01.pdf>> **Revista ADUSP**, 1996.

SANTOS. N.; APARECIDO. A. P. **O trabalho do administrador hospitalar no gerenciamento do dia-dia dos hospitais filantrópicos gerais de grande porte no estado do Rio Grande do Sul**. Dissertação de Mestrado apresentado a universidade Federal do Rio Grande do Sul. Outubro.1998.

SILVA, E.;PINTO DE LA SOTA; COSTA, P.S.; TIBÉRIO, C. S.B. **Gestão estratégica de custos: Estudo de caso aplicado a hospitais universitários**.

STOLZENBERG, E.A. **Governance change for public hospitals. Journal of um desafio para o hospital Brasileiro**. França: Éditions ENSP, 1995.

UNIVERSIA, Brasil. **Reuniões debatem ações para salvar HUs**. Atualizado em 17/01/2003. Disponível em:
< <http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?id=1158>>. Acesso em 31 de agosto de 2010.