

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ELISANGELA COCO DOS SANTOS

**MESA DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS IMPLANTADA EM UM
MUNICÍPIO DO ESPÍRITO SANTO: ESPAÇO DE NEGOCIAÇÃO DO TRABALHO?**

**VITÓRIA
2015**

ELISANGELA COCO DOS SANTOS

**MESA DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS IMPLANTADA EM UM
MUNICÍPIO DO ESPÍRITO SANTO: ESPAÇO DE NEGOCIAÇÃO DO TRABALHO?**

Dissertação apresentada Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Francis Sodré

VITÓRIA

2015

ELISANGELA COCO DOS SANTOS

**MESA DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS IMPLANTADA EM UM MUNICÍPIO DO
ESPÍRITO SANTO: ESPAÇO DE NEGOCIAÇÃO DO TRABALHO?**

Dissertação apresentada Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão.

Aprovada em de abril de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Francis Sodré
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora.

Prof^a. Dra. Maristela Araujo Dalbello
Universidade Federal do Espírito Santo.

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória.

Para Sofia, fonte de alegria e
inspiração à minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por me dar a vida e abençoar na trajetória de ingressar e concluir esse estudo.

Aos meus pais e irmã (Emilene), por me apoiarem. Vocês acreditaram, me motivaram e incentivaram. Tudo de sou vem de vocês.

A minha filha, Sofia. Linda, doce, inteligente, questionadora. Você me estimula. Me motiva. Te amo.

Aos avós paternos e Janea (tia) de Sofia por cuidarem de minha filha, o que possibilitaram a dedicação ao Mestrado.

Aos meus amigos e todos que entenderam quando não pude estar presente. Quando me recolhi. A vocês que enxugaram minhas lágrimas e disseram siga, continue. Obrigada: Roberta, Jordano, Isa, Fernando, Marco e tantos outros.

Aos meus amigos do Consultório na Rua, especial a Sabrina, Joana, Melissa e Nilza. Vocês me acolheram, apoiaram, incentivaram, aguentaram meu mau humor, noites mal dormidas e angústias. Agradeço também à coordenadora do serviço, Sandra, por entender as ausências. Vocês são as melhores pessoas que conheci. Minha vida é transformada diariamente pelo convívio com vocês.

Aos amigos que fiz no curso de Mestrado em Saúde Coletiva, em especial Tiago, Jefferson, Alana, Juliane e Ana Paula. Estivemos juntos, sofremos e nos apoiamos. Fomos felizes. Foram tantas descobertas, leituras e debates que tenho certeza, contribuíram para nosso enriquecimento acadêmico e profissional.

Aos amigos que fiz no final desse estudo por possibilitar momentos de descontração e alegria.

Ao grupo de estudos GEMTES. Agradeço o amadurecimento acadêmico e os “toques” e “retoques” na conclusão do estudo.

A todos os trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Vocês são transformadores do cuidado.

Por último, a minha orientadora. Profa. Dra. Francis Sodré, não tenho palavras para agradecer. Sua inteligência estimula minha curiosidade. Você me escolheu e mudou a minha vida, as minhas verdades e minha visão de mundo. Falar sobre o trabalho, realizar a pesquisa, ler sobre os acontecimentos, ter oportunidade de conviver com autores que não fazem parte da minha rotina, contribuiu para descobertas e acalmou algumas inquietações.

“O trabalho enobrece e dignifica o homem”.
Autor Desconhecido

“Mais importante do que interpretar o mundo,
é contribuir para transformá-lo”.

Karl Marx

RESUMO

O espaço legítimo, utilizado no processo de negociação do trabalho entre gestores e trabalhadores do SUS é a Mesa de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNP-SUS). O objetivo desse estudo é analisar o processo de negociação coletiva entre os componentes da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS implantada em 2007 no município de Vitória-ES. Essa pesquisa é de caráter qualitativo do tipo exploratório, realizada em dois momentos: a) pesquisa bibliográfica: com o emprego dos descritores reestruturação produtiva, negociação coletiva em saúde e mesa de negociação permanente na saúde. b) pesquisa documental: através do regimento interno, leis e decretos municipais e atas de reuniões disponibilizadas no hotsite da Prefeitura de Vitória. O período de realização da coleta de dados do estudo compreendeu aos anos de 2007 a 2013. Para análise das informações extraída das 53 atas disponibilizadas realizamos análise de conteúdo. A Mesa Municipal de Vitória conta com representação de 12 gestores da Secretaria de Administração e Saúde e 12 representantes dos sindicatos de trabalhadores da saúde. Os resultados evidenciam que a representação dos gestores foi mais expressiva. Entre os representantes dos trabalhadores destacamos a presença do SINODONTO e SISMUV. Os pontos de pauta de maior relevância estavam relacionados ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade implantado pelo município e a evolução funcional dos servidores efetivos e incorporação da gratificação salarial. Reconhecemos e destacamos a importância do fortalecimento do espaço de negociação coletiva no SUS como forma de garantir a permanência e vinculação de profissionais no serviço público.

Palavras-chaves: Trabalho em saúde, Processos de Negociação em Saúde, Mesa de Negociação Coletiva do SUS.

ABSTRACT

The legitimate space, used in the labor negotiation process between managers and workers of SUS, is the Permanent Negotiation Roundtable of the Trading Unified Health System (SUS-MNP). The aim of this study is to analyze the process of collective bargaining between the components of the Municipal Negotiation Roundtable of SUS established in 2007 in Vitória-ES. This research is qualitative exploratory held in two stages: a) literature: with the use of descriptors productive: restructuring, collective bargaining on health system and permanent negotiation roundtable on health system. b) documentary research: internal regulament of roundtable, municipal laws, municipal ordinances and meeting minutes available on Vitória's Council hot site. The study's data collection comprised the years 2007 to 2013 and the content of 53 meeting minutes available were analyzed. The Vitória's Negotiation Roundtable consists of 12 managers of the Health and Administration Secretariats' and 12 health workers' unions representatives. The results shows an expressive representation of managers. Between workers' representatives was relevant the presence of SINODONTO and SISMUV. The most important agenda points were related to Improvement Program Access of Quality, implemented by the municipality, and The Functional Evolution of the Civil Servant and Salary Bonus. We recognize the importance of strengthening the collective negotiation space at SUS in order to ensure continuity and civil servants' approximation in the public service.

Keywords: Health work, negotiation, Permanent Negotiation Roundtable of SUS.

LISTA DE SIGLAS

CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DEGES	Departamento da Gestão da Educação em Saúde
DEGETS	Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socio-Econômicos
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
IDV	Incentivo de Desempenho Variável
MMNP-SUS	Mesa Municipal de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde
MNNP-SUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NOB-RH	Norma Operacional Básica – Recursos Humanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
SESA	Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SiNNP-SUS	Sistema Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajuste de Conduta

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Reuniões da MMNP/SUS disponíveis no *Hotsite*

79

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Organograma da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.	63
Figura 2	Participantes da MMNP/Vitória	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Processo de implantação da Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP-SUS)	75
Quadro 2	Componentes da MMNP/SUS/Vitória	82
Quadro 3	Participantes dos representantes dos trabalhadores na MMNP/SUS/Vitória no período de 2007 a 2013	83
Quadro 4	Participação da representação dos trabalhadores comparado com gestores na MMNP/SUS/Vitória	84
Quadro 5	Coordenação dos trabalhos na MMNP/SUS/Vitória	88
Quadro 6	Pontos de pauta discutidos na MMNP/SUS/Vitória	89
Quadro 7	Relação das deliberações acordadas nas reuniões da MMNP/SUS/Vitória.	94
Quadro 8	Cenário de Negociação da MMNP/SUS/Vitória	96

SUMÁRIO

Introdução	15
Objetivos	18
Métodologia	19
1 - Organização dos trabalhadores nos serviços de saúde	20
2 - Mesa Municipal de Negociação Permanente	21
3 - Etapas da pesquisa	23
2.1 - Pesquisa bibliográfica	24
2.2 - Pesquisa documental	26
3 - Riscos e benefícios da pesquisa	27
4 - Análise dos dados	28
Capítulo 1 – A reestruturação produtiva e as mudanças para os trabalhadores	31
1.1 – A organização taylorista e fordista	32
1.2 – A Terceira Revolução Industrial e a reestruturação do trabalho	39
1.3 – A emergência do trabalho imaterial	44
1.4 – Reestruturação Produtiva e o impacto para os trabalhadores	47
Capítulo 2 – A reestruturação do trabalho e seus reflexos no setor saúde	50
2.1 – A inserção dos trabalhadores da saúde no contexto histórico das revoluções industriais	51
2.2 – A reestruturação produtiva e o uso das tecnologias nos serviços de saúde	53
2.3 – Implicações do processo de reestruturação produtiva sob a construção do Sistema Único de Saúde	55
2.4 – A gestão do trabalhador da saúde mediante o processo de reestruturação: A Secretaria de Gestão do Trabalho e da	62

Educação	
2.5 – Processo de negociação permanente no Sistema Único de Saúde	65
2.6 – Negociação Coletiva em Saúde: a trajetória da Mesa de Negociação	67
2.6.1 – Primeira fase da Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP-SUS) – a criação (1993-1996)	68
2.6.2 – Segunda fase – Reativação da MNNP-SUS sob a ótica da política neoliberal (1997-2002)	70
2.6.3 – Terceira fase – Reinstalação e consolidação da MNNP-SUS (2003 até os dias atuais)	71
Capítulo 3 - O papel da Mesa Municipal de Negociação Permanente do Trabalho em Saúde	74
3.1 - A Mesa Municipal de Negociação Permanente de Vitória	77
3.2 - Processo de Negociação Permanente: Os componentes da Mesa	81
3.2.1- Outros participantes da Mesa Municipal de Negociação Permanente de Vitória	85
3.3 - O Processo de negociação na Mesa Municipal	88
3.4 – Atas da Mesa Municipal de Negociação Permanente de Vitória	96
Considerações finais	99
Referências	103
Anexos	111

INTRODUÇÃO

Minha proximidade com o campo da saúde pública se deu logo após a conclusão da graduação em Enfermagem. Concluída em 2001, segui para o interior do Espírito Santo e tive a feliz experiência de contribuir para a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e posteriormente com o então Programa de Saúde da Família em dois municípios.

Nesse período inicial encontramos várias formas de contratação de recursos humanos para operacionalizar o Sistema Único de Saúde. Nos três municípios que trabalhei, fui contratada como cargo comissionado, contrato de prestação de serviços e, em seguida, por uma empresa terceirizada. Atualmente, sou funcionária pública efetiva e de carreira, conforme garantido na Constituição Federal.

Mas foi com a participação no Curso de Especialização em Saúde da Família e o retorno para a Universidade Federal, após 10 anos de conclusão da graduação, que despertou o interesse pela pesquisa. Por meio dela, posso questionar a forma como que as políticas de saúde são implantadas. Decidi então participar do processo de seleção e assim ingressei no Mestrado em Saúde Coletiva.

Inicialmente percebi certa dificuldade em relação à área de interesse. Participava ativamente do Conselho Estadual de Saúde e estava como diretora sindical, pelo SINDIENFERMEIROS. Nesses espaços discutiam-se questões sobre o funcionamento das políticas de saúde, financiamento, recursos humanos, acesso a serviços e outros.

O Mestrado em Saúde Coletiva ofereceu a oportunidade de aprofundar o estudo sobre a gestão do sistema público de saúde. Trabalhar questões de saúde envolvendo todos os componentes e não fragmentado em categorias profissionais. Isto me fez refletir sobre as configurações trabalhistas implementadas para a manutenção do trabalhador no setor público.

A escolha do tema dessa dissertação envolveu, também, a aprovação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do município de Vitória (PMAQ), em 2012.

Primeiro, o programa estabeleceu que houvesse repasse financeiro para os serviços e equipes que cumprissem com as metas contratualizadas. Segundo, pela divisão desigual dos recursos financeiros. O trabalho deveria ser executado pela equipe como um todo. No entanto, a divisão do dinheiro era de acordo com a formação profissional, sendo que os profissionais com formação de ensino fundamental ficaram com a menor parte. Encontrei dificuldades para entender a proposta.

Além disso, o projeto inicial priorizava os serviços de Urgência e Emergência (Pronto Atendimento), e não Unidades de Saúde. Esse episódio gerou desentendimento entre os serviços e entre os profissionais.

Com vários impasses e disputas, o projeto foi votado e aprovado pela Câmara dos Vereadores. No final permaneceu o repasse financeiro desigual para os profissionais, apesar do trabalho em equipe. O desentendimento e o descontentamento foram mantidos e a forma de “produzir” saúde no município passou a ser monitorada.

Os trabalhadores, mesmo insatisfeitos, assinaram a contratualização. Iniciou-se um processo nos serviços em que o assunto se tornou o cumprimento das metas e percentuais estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Já não se falava em promoção da saúde ou no respeito ao contexto histórico-social presente em cada comunidade.

Nesse momento fiquei me perguntando o que seria da Estratégia de Saúde da Família que aprendi ao realizar o curso de especialização (que foi custeado pela mesma Secretaria de Saúde, em parceria com a Universidade Federal do Espírito Santo). Certamente, o vínculo e a humanização seriam esquecidos em função dos indicadores e do percentual a serem atingidos pelos serviços.

Essa inquietação resultou no desejo de entender o que os demais trabalhadores pensavam sobre o assunto. Comecei a observar o posicionamento nas reuniões de equipe e nas conversas informais. A princípio todos estavam insatisfeitos. Uns em função do pagamento recebido, outros em função da sobrecarga de trabalho e ainda um terceiro grupo em função da pressão pelos cálculos de produtividade.

Mas o que me chamou a atenção foi constatar que o projeto PMAQ/ IDV (como é

chamado no município) foi de certa forma negociado pelas representações, contestado por trabalhadores, e, mesmo assim, implantado. Estava pronto o objeto de estudo e o que estudar no Mestrado em Saúde Coletiva: o processo de negociação coletiva realizado pela Mesa de Negociação Permanente de Vitória.

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) tem o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS, sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho da saúde. A finalidade é discutir a estrutura e a gestão administrativa do SUS, instituindo processos para tratar conflitos e demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho entre os profissionais (BRASIL, 2013).

A Mesa é constituída por gestores públicos, gestores de serviços privados, conveniados ou contratados do SUS e entidades sindicais nacionais representativas dos trabalhadores, garantindo a participação efetiva de todos os envolvidos na construção do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2013).

No município de Vitória, a Mesa de Negociação foi instalada em abril de 2007, conforme deliberação do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, na 26ª reunião ordinária do órgão. A Mesa Municipal, articulada com o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS, trata das questões relativas ao trabalho. O fórum é formado por representantes dos profissionais das Secretarias Municipais de Saúde e Administração, além de membros do Sindicato dos Servidores Municipais da Saúde de Vitória. Tem como proposta discutir as relações e condições de trabalho relativas à saúde pública na capital. (VITÓRIA, 2007a).

Com as mudanças adotadas no processo de trabalho na saúde e a implantação da Mesa de Negociação percebemos o envolvimento dos trabalhadores da saúde na construção das relações e condições de trabalho. Mas como ocorre essa participação? Os assuntos pautados na Mesa contribuem para as transformações nas relações de trabalho?

Essas questões são relevantes para a consolidação de um Sistema Único de Saúde público, forte e comprometido com o atendimento humanizado aos seus usuários.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever o processo de negociação coletiva entre a representação de gestores e trabalhadores na Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS implantada em Vitória-ES.

Objetivos específicos:

- Descrever os temas discutidos pela Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS;
- Identificar os atores envolvidos no processo de negociação e sua presença nas convocações;
- Descrever como ocorre a condução no processo de negociação coletiva entre as representações.

METODOLOGIA

O estudo realizado é uma pesquisa de caráter qualitativo do tipo exploratório, que configura-se por dois momentos fundamentais: pesquisa bibliográfica e pesquisa documental.

Partimos das análises de Minayo sobre a pesquisa qualitativa que conceitua este tipo de estudo como aquele que:

“se ocupa com um nível de realidade que não pode ser ou não deveria ser quantificado. Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes” (MINAYO, 2009 p. 11).

A pesquisa qualitativa procura responder a complexidade de fenômenos relacionados à vida em sociedade, objetivando a compreensão entre as diferentes instâncias da organização social (OLIVEIRA, 2007). Incorpora questões referentes a significados e intencionalidade como inerente a atos, relações e estruturas sociais. E por último consiste em uma “sucessão de operações técnicas e intelectuais a que um pesquisador submete um objeto ou fenômeno humano, para extrair significações válidas” (ROCHA; ALVES, 2011).

A natureza exploratória da pesquisa qualitativa possibilita conhecer pessoas e suas preocupações e serve para determinar os impasses e bloqueios (DESLAURIES; KÉRISIT, 2012).

A nossa proposta para esta dissertação consiste na descrição dos processos de negociação coletiva redigidos nas atas das reuniões da Mesa Municipal de Negociação Permanente, implantada no município de Vitória-ES em 2007.

1. ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHADORES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O mercado de trabalho em saúde está inserido em um sistema de saúde que tem abrangência e complexidade nacional. Esse sistema está integrado, unificado e seu dever constitucional deve atender a toda população brasileira (MACHADO, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um modelo político de saúde no Brasil. Pode ser definido como:

“Conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder público”. (MACHADO, 2012 p 260).

Paralelo e conectado ao Sistema Único de Saúde opera um sistema privado de saúde suplementar, constituído por planos e seguros de saúde e pelo sistema de saúde privado de desembolso direto (UGÁ; MARQUES, 2007; MACHADO, 2012).

Para operacionalizar esses sistemas de saúde é fundamental a formação de mão de obra para o trabalho. Dessa forma temos uma categorização do trabalhador em:

- Profissional de saúde: aqueles que estando ou não ocupados no setor saúde, têm formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretas ou indiretamente ao cuidado ou ações de saúde (MACHADO, 2012).
- Trabalhador de saúde: são os que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde em estabelecimentos de saúde ou nas atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (MACHADO, 2012). Esses trabalhadores podem exercer suas atividades ou funções em serviços de saúde públicos ou privados (BRASIL, 2005a).
- Trabalhadores do SUS: todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nas instituições que compõe o SUS, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções (MACHADO, 2012). Esses profissionais

podem exercer suas funções em serviços públicos ou conveniados ao SUS (BRASIL, 2005a)

Como Gestores do SUS estão incluídos os representantes do poder executivo no âmbito dos municípios, estados, Distrito Federal e da União (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Usaremos neste estudo, os termos “representante dos trabalhadores” e “representante dos gestores” para efeito de identificação dos componentes da Mesa Municipal de Negociação.

2. MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE

No município de Vitória a gestão do trabalho está sob a responsabilidade da Gerência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, criada pelo Decreto 12.632 que estabelece a forma de organização e regulamenta o funcionamento das unidades administrativas da Secretaria Municipal de Saúde (SOUZA; MACHADO; OLIVEIRA, 2008).

A Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS (MMNP) foi criada em Vitória no dia 27 de abril de 2007, para trabalhadores e gestores debaterem e acordarem sobre as questões referentes às relações de trabalho no SUS (SOUZA; MACHADO; OLIVEIRA, 2008).

Sua instituição foi deliberada pelo Conselho Municipal de Saúde de Vitória em sua 26ª Reunião Ordinária, no dia 12 de abril de 2007, sendo ratificada pela resolução da Mesa Nacional de Negociação Permanente (VITÓRIA, 2007a). O regimento interno, datado de 22 de maio de 2007, descreve a Mesa como:

“Fórum permanente de negociação entre gestor público e entidades sindicais representativas dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, no âmbito do município de Vitória, cabendo-lhe dar tratamento às questões pertinentes a força de trabalho empregada” (VITÓRIA, 2007a).

O Regimento Interno (VITÓRIA, 2007a) pontua a composição paritária das representações dos gestores e trabalhadores descrevendo da seguinte forma:

a) representação do gestor público

- um representante efetivo e um suplente do Gabinete do Secretário de Saúde;
- um representante efetivo e um suplente do Gabinete do Secretário de Administração;
- um representante efetivo e um suplente da Sub Secretaria de Apoio Estratégico;
- um representante efetivo e um suplente da Gerência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde;
- um representante efetivo e um suplente da Gerência de Atenção à Saúde;
- um representante efetivo e um suplente da Unidade de Saúde.

b) representação das entidades sindicais

- um representante efetivo e um suplente do Sindicato dos Servidores Municipais Único da Saúde de Vitória;
- um representante efetivo e um suplente do Sindicato dos Odontólogos do Estado do Espírito Santo;
- um representante efetivo e um suplente do Sindicato dos Farmacêuticos do Espírito Santo;
- um representante efetivo e um suplente do Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Espírito Santo;
- um representante efetivo e um suplente do Sindicato dos Médicos do Espírito Santo;
- um representante efetivo e um suplente dos Trabalhadores de Saúde no Estado do Espírito Santo.

As reuniões ordinárias da Mesa acontecem sempre na primeira segunda-feira de cada mês, obedecendo a um calendário específico, pactuado no ano anterior. Reuniões extraordinárias também poderão acontecer a qualquer tempo, desde que

requerida pela maioria absoluta dos integrantes. De acordo com o Regimento Interno é necessário a presença da maioria absoluta das partes (quórum) para validar a reunião. As deliberações são tomadas por consenso (VITÓRIA, 2007a).

O processo de negociação na MMNP é coordenado por um representante escolhido na reunião anterior em um sistema de rodízio, intercalando entre gestor e representantes das entidades sindicais (VITÓRIA, 2007a).

O Regimento Interno prevê também a constituição de uma Secretaria Executiva para organizar e operacionalizar a Mesa Municipal e cuja finalidade é articular e encaminhar trabalhos de acordo com a agenda deliberada em plenária (VITÓRIA, 2007a).

As decisões do coletivo são registradas em atas ou em protocolos (dependendo da complexidade), que são lidos e submetidos à assinatura dos participantes. Os documentos são de domínio público, arquivados na Secretaria Municipal de Saúde e suas cópias enviadas, anualmente para o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SINNP-SUS). Já os protocolos são encaminhados ao Conselho Municipal de Saúde para homologação (VITÓRIA, 2007a).

Atualmente esse é o único espaço de negociação em funcionamento no estado do Espírito Santo. A Mesa Estadual de Negociação Permanente existente está publicada na *home page* da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), mas não funciona efetivamente. Dessa forma, não é estabelecida uma relação entre os protocolos assinados pela Mesa Municipal e Mesa Estadual (SOUZA; MACHADO; OLIVEIRA, 2008).

3. ETAPAS DA PESQUISA

Para a melhor compreensão, propomos a divisão desse estudo em duas etapas: pesquisa bibliográfica e pesquisa documental.

3.1. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em artigos, livros, dissertações e teses, com o objetivo de conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas sobre determinado assunto, tema ou problema (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2006).

O tema é o assunto que se deseja provar ou desenvolver (LAKATOS; MARCONI, 2003). Nesse trabalho, escolhemos como tema de estudo a *“negociação coletiva entre trabalhadores e gestores do SUS”*. Cabe destacar que a implementação do processo de negociação coletiva entre os trabalhadores do Sistema Único de Saúde data de 2003 e está em construção. Por isso essa temática é relevante para a saúde coletiva.

A escolha desse tema interessou-nos em decorrência das mudanças na execução do trabalho em saúde observadas no cotidiano. Tais transformações foram pautadas e discutidas na Mesa Municipal de Negociação Permanente, por representação dos trabalhadores e gestores.

Entre as mudanças no trabalho dos profissionais de saúde do SUS, no município de Vitória, destacamos: a introdução do pagamento por indicadores e metas alcançadas, introdução da agenda eletrônica e a avaliação de desempenho com a aprovação do Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos. Essas transformações na execução dos serviços trouxeram inquietações aos trabalhadores e alteraram a configuração do trabalho em saúde.

Com a escolha do assunto, delimitamos o tema em questão por entender que as transformações nos processos de trabalho passam pela discussão na Mesa. Por isso, optamos por realizar um estudo descritivo do espaço colegiado intitulado Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS (SALVADOR, 1980 Apud LAKATOS; MARCONI, 2003).

Após definição do tema, iniciamos a identificação de conteúdos relacionados, com destaque para pesquisa em ambiente virtual, através da biblioteca disponibilizada

pelo Scielo. A disseminação de documentos no formato eletrônico é de grande importância, pois possibilita o acesso aos periódicos de circulação nacional e internacional (GIL, 2002).

Em virtude da ampla disseminação de materiais em formato eletrônico, parte dessa pesquisa foi realizada por meio de bases de dados e sistemas de busca. Por isso, além do Scielo, foram utilizados arquivos eletrônicos disponibilizados por universidades, com o intuito de acessar teses e dissertações com temas relevantes a esta pesquisa.

Outro local para busca de fontes bibliográficas foi o acervo da Biblioteca Universitária. Sobre a utilização desse recurso, Gil (2002) reforça que livros de referência ou de consulta são aqueles que possibilitam a rápida obtenção de informações requeridas ou a localização das obras que a contem. O acervo consultado está disponível na Biblioteca Central e Setorial do Centro de Ciências da Saúde situados na Universidade Federal do Espírito Santo que possui um grande número de referenciais catalogadas.

No primeiro momento da pesquisa bibliográfica empregamos como descritores: reestruturação produtiva na saúde e negociação coletiva em saúde. Encontramos poucos estudos com essa temática, pois em geral, reestruturação produtiva e negociação coletiva estão relacionadas ao setor industrial e a contratos de trabalhos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Nesse contexto, incluímos um novo descritor: mesa de negociação permanente na saúde. Com esse auxílio, encontramos referências na rede de computadores que nos direcionou para *home pages* específicas, tais como Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Observatório RH do SUS, *hotsite* Mesa Municipal de Negociação Permanente da Prefeitura Municipal de Vitória.

Após a identificação do conteúdo a ser utilizado demos início a compilação, ou seja, reunião do material contido em livros e revistas, que forneceu subsídio para a discussão (LAKATOS, 2003).

3.2. PESQUISA DOCUMENTAL

A pesquisa documental consiste em uma série de operações que tem por objetivo estudar e analisar um ou vários documentos, para descobrir as circunstâncias sociais com as quais podem estar relacionados (OLIVEIRA, 2007). A coleta de dados documentais elimina a influência que pode ser exercida pela presença ou intervenção do pesquisador (CELLARD, 2012). Os documentos podem ser conceituados como:

“Artefatos padronizados na medida que ocorrem tipicamente em determinados formatos como: notas, relatórios de caso, contratos, rascunho, certidões de óbito, anotações, diários, estatísticas, certidões, sentenças, cartas ou parecer de especialistas” (WOLLF, 2004, p. 248 Apud FLICK, 2009).

Para o emprego de documentos em uma pesquisa, Scott (1990 Apud FLICK, 2009) recomenda a utilização de quatro critérios: autenticidade, credibilidade, representatividade e significação. Os documentos devem ser vistos como uma forma de contextualização da informação. Durante sua utilização, quem produziu e para que objetivo devem ser questionados pelo pesquisador (FLICK, 2009).

Dessa forma, elegemos as atas redigidas na Mesa Municipal de Negociação permanente que se encontram disponíveis no *Hotsite* da Prefeitura Municipal de Vitória, através do endereço eletrônico <http://hotsites.vitoria.es.gov.br/mesadenegociacao> ou disponibilizadas no arquivo de documentos da Secretaria Municipal de Saúde, desde sua implantação em 2007 até o ano de 2013. Os documentos disponibilizados somam 53 atas, sendo distribuídas em: 44 reuniões ordinárias e 9 reuniões extraordinárias.

A redação dos documentos fica sob responsabilidade da secretária executiva da Mesa Municipal de Negociação Permanente. Após a confecção, as atas são apresentadas na reunião subsequente da Mesa para leitura e aprovação (VITÓRIA, 2007; BRASIL, 2013).

Outro recurso que utilizamos foi o Regimento Interno da Mesa Nacional e Municipal de Negociação Permanente. Esses documentos nos forneceram suporte para avaliar se a informação pactuada é executada durante a convocação e condução

das reuniões. Utilizamos, também, Decretos e Leis Municipais para embasar a discussão referente aos pontos de pauta e deliberações.

Na análise documental listamos os componentes e demais participantes, os pontos de pauta, o desenvolvimento e as deliberações. Identificamos os pontos de pauta e impasse de maior relevância, bem como as deliberações que foram representativas. Apontamos os assuntos que se prolongaram por várias reuniões, sem acordo entre as partes. Procuramos com isso descrever como ocorre a negociação entre gestores e trabalhadores da saúde no município.

Para visualizar o processo de negociação e as relações entre trabalhadores e gestores durante as reuniões incluímos no estudo, a princípio, uma proposta de gravação das reuniões e confecção de diário de campo. No entanto, ao submeter o projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), seus membros apresentaram obstáculos relativos a autorização para gravação. Mesmo com a inclusão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o projeto foi recusado por três vezes. Na quarta tentativa incluímos carta de anuência, termo para autorização de gravação de voz e o termo de confidencialidade, além do TCLE. Somente dessa forma obtivemos aprovação. Todo o processo demorou cerca de 12 meses.

Outro problema está relacionado a um segundo comitê de ética, implantado pela Secretaria Municipal de Vitória, sob gestão da Escola Técnica do SUS. Protocolamos o projeto de pesquisa no dia 10/09/2014 (protocolo: 20917/2014) e acompanhamos seu andamento. Há sete meses o processo está parado na Secretaria Municipal de Gestão do Trabalho. Esses fatores inviabilizaram a utilização de diário de campo e do recurso de áudio.

4. RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Os benefícios dessa pesquisa estão centrados na sua importância para a consolidação, democratização e humanização do Sistema Único de Saúde, uma vez que trabalhadores e gestores estão inseridos nesse processo de negociação do

trabalho. Isso será refletido no fortalecimento das políticas públicas de gestão do trabalho, além de garantir qualidade aos serviços prestados ao usuário.

Os possíveis riscos que envolvem a realização desta pesquisa referem-se à exposição em virtude do uso do documento.

A pesquisa foi aprovada pelo parecer número 850040 emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) em 29 de outubro de 2014.

5. ANÁLISE DE DADOS

A análise diz respeito as formas de organização dos dados e dos passos empreendidos para a produção de inferências explicativas. Minayo (2009) informa que devem ter descrição minuciosa da interpretação que será adotada pelo pesquisador. Para análise de dados utilizaremos a análise de conteúdo.

Flick (2009) relata que a análise de conteúdo é um dos procedimentos clássicos utilizados para análise de material textual. Sua característica é a utilização de categorias.

Bardin (1979 p. 42 Apud DESLANDES, 2009, p. 83) descreve o processo como:

“conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimento sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimento relativos a condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Para a análise das atas da reunião da Mesa Municipal de Negociação Permanente publicadas utilizaremos como procedimento metodológico: a) categorização: classificação de elementos construtivos de um conjunto; b) inferência: dedução de maneira lógica do conteúdo analisado; c) descrição: enumeração das características do texto, resumida após tratamento analítico; e d) interpretação: relação das estruturas semânticas com estruturas sociológicas (MINAYO, 2009). Para isso o

material redigido foi decomposto, distribuído e descrito em categorias e interpretado segundo a fundamentação teórica.

Iniciamos a análise separando as reuniões em ordinárias e extraordinárias e agrupamos por ano. A seguir, realizamos um levantamento dos assuntos pautados de maior destaque e correlacionamos com o quantitativo de convocações.

Depois separamos e agrupamos por categorias a representação de trabalhadores e gestores. Procuramos identificar também outros componentes como: ouvinte, secretário executivo, assessor técnico e mediador. A seguir realizamos uma comparação entre a frequência às reuniões, participação gestor/ trabalhador e coordenação dos trabalhos. Utilizamos como parâmetro na discussão o proposto pelo Regimento Interno da Mesa Nacional e Municipal.

Após essa etapa, demos seguimento com o levantamento dos pontos de pauta e deliberações com maior relevância. Dessa forma, descrevemos qual foi o assunto mais expressivo e detalhamos o debate na Mesa e os desdobramentos. Como fundamentação, além do Regimento Interno, utilizamos Leis e Decretos Municipais para subsidiar a discussão sobre os assuntos.

Por último, realizamos uma análise do formato descritivo das atas disponibilizadas no *hotsite*. Fizemos observações também no que tange o a própria página da Web, no sentido favorecer o acesso ao trabalhador do SUS, maior interessado nas discussões.

Para fins de organização e entendimento do conteúdo pesquisado, propomos a divisão dessa dissertação em três capítulos, assim apresentados:

No capítulo um apresentamos o contexto histórico mundial e brasileiro do processo de reestruturação produtiva, com ênfase na terceira revolução industrial. Neste capítulo descrevemos as mudanças ocorridas no trabalho fabril que, posteriormente, foram refletidas e implantadas no trabalho da saúde.

O segundo capítulo busca retratar as transformações ocorridas no processo de trabalho na saúde. Destaca como a política de recursos humanos na saúde foi excluída do contexto de formação do Sistema Único de Saúde, e como o processo

de municipalização desencadeou as mais variadas formas de contratação de mão de obra. Nesse contexto surge o espaço de negociação coletiva chamado de “Mesa de Negociação”, com o objetivo de democratizar as relações entre trabalhadores e gestores.

No terceiro capítulo descrevemos como ocorre o processo de negociação em uma Mesa Municipal instalada em Vitória/ES, no período de 2007 a 2013. A negociação acontece entre representantes de trabalhadores e gestores do SUS, em reuniões mensais ordinárias e, ocasionalmente, reuniões extraordinárias. Traçamos uma comparação do pactuado no Regimento Interno e a forma que efetivamente as reuniões são conduzidas. Partindo desse princípio descrevemos se é possível a negociação entre categorias e como são conduzidas as pautas dos participantes.

CAPÍTULO 1 – A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E AS MUDANÇAS PARA OS TRABALHADORES.

O desenvolvimento do modo de produção capitalista-industrial ocorreu através de processos de reestruturação produtiva. Alves (2006) destacou que há duzentos anos, o capitalismo, atingido por esse processo sofreu, transformações que acarretaram mudanças no mundo do trabalho.

As transformações que ocorreram na produção e no trabalho podem ser divididas em três revoluções industriais (Raposo, 2006). A primeira tem início no século XVIII e foi caracterizada pela mecanização; a segunda a partir do século XIX foi sustentada por novas formas de energia (carvão mineral, elétrica) e gestão; e a terceira, ainda em andamento, caracteriza a globalização dos mercados, as formas de produção e organização do trabalho.

Durante a Primeira Revolução Industrial, com a invenção da máquina a vapor, introduziu-se um novo modo de produção. Este momento estava caracterizado pelo trabalho coletivo, perda de controle do processo de produção por parte dos trabalhadores e compra e venda da força de trabalho (ALBARNOZ, 2006; MATOS; PIRES, 2006). Nesse processo ocorreram mudanças organizacionais, com tendência para burocratização e rotinização da vida e do trabalho (MORGAN, 2002).

Kantorski (1997) descreve a Primeira Revolução Industrial como social e atribui a ela o surgimento de duas classes sociais antagônicas: burguesia e proletariado, passando a sociedade agrária para industrial. Para isso, foi necessária a introdução de base técnica na operacionalização da máquina e trabalho assalariado, gerando mudanças no mundo do trabalho.

A partir do final do século XIX e início do século XX temos o segundo grande ciclo de crescimento industrial, caracterizado pelo uso da energia elétrica, desencadeando uma nova onda de transformações capitalistas e que continua a determinar o

trabalho humano até os dias atuais. Esse período foi denominado Segunda Revolução Industrial (MATTOSO, 1995; ALBARNOZ, 2006). Nesta fase, as grandes empresas passam a ser articuladoras de produção e consumo e reguladoras da atividade produtiva e do capital (MATTOSO, 1995; MARTINS; DAL POZ, 1998).

Mattoso (1995, p. 17), dentro da temática, destacou como “uma nova onda industrializante, sob um novo paradigma tecnológico, com a incorporação de um agrupamento de inovações concentrado no tempo e transformação da base técnica”. O autor destaca como principais características da estrutura produtiva desse período:

“[...] o rápido e prolongado crescimento internacional da produção e da produtividade; liderança do setor industrial; liderança de setores vinculados à produção em massa de bens de consumo duráveis, aos bens de capital e em particular a petroquímica; internacionalização produtiva; intenso ritmo de crescimento do comércio internacional; o mercado interno dos principais países capitalistas é responsável pelo crescimento econômico; crescimento do emprego industrial e do emprego nos serviços (sob a lógica industrial) e, por último mudança das fontes energéticas (substituição do carvão pelo petróleo)” (Mattoso, 1995 p. 24).

Morgan (2002, p.38) concorda com o descrito pelo autor em seu relato e acrescenta que com a intensificação da divisão e especialização do trabalho, os donos de empresas procuraram aumentar a eficiência por meio da redução de liberdade do trabalhador em favor do seu controle por máquinas e supervisor.

Por último, no final do século XX, temos a terceira revolução industrial, cuja automação representa o estágio mais recente da evolução tecnológica, através da inserção da informática (ALBARNOZ, 2006).

1.1 A ORGANIZAÇÃO TAYLORISTA E FORDISTA

No século XIX foram realizadas várias tentativas de codificar e promover idéias que pudessem levar a uma organização e administração racionalizada do trabalho. No entanto, apenas no século XX é que essas idéias foram sintetizadas em uma teoria abrangente da organização e administração (MORGAN, 2002).

Os princípios de organização do trabalho, depois de emergirem conjuntamente com os paradigmas produtivos e tecnológicos da Segunda Revolução Industrial, são consolidados na indústria com crescente utilização da cadeia de montagem semi-automática e cada vez mais transmitida para os serviços. Destacamos como principais representantes dessa reestruturação do trabalho Frederick W. Taylor e Henry Ford.

Os fatores que modificaram o processo produtivo, no final do século XIX, foram à introdução de máquinas em substituição ao trabalho humano e a necessidade de maximizar os lucros e diminuir os custos. Nos trabalhos de Frederick Winslow Taylor (1856-1915), engenheiro americano, encontramos os métodos e ferramentas que irão subsidiar a estruturação do trabalho e transformar a relação operário-empresa. Assim, os “Princípios da Administração Científica” através da análise do trabalho no interior da fábrica, modificou e reformulou toda a estrutura produtiva. (SILVA, 1974; MORGAN, 2002).

O objetivo da Administração Científica descrito por Silva (1974, p. 21) é “poupar energias e ao mesmo tempo aumentar a produtividade, através de métodos científicos”. A teoria desenvolvida por Taylor está fundamentada na aplicação de métodos da ciência positiva, racional e metódica com o objetivo de alcançar a máxima produtividade, desencadeando uma verdadeira revolução no pensamento administrativo e no mundo industrial (MATOS; PIRES, 2006).

A essência dos trabalhos desenvolvidos por Taylor está na crença que sempre há uma maneira melhor de realizar qualquer operação ou movimento. Com a introdução de novas técnicas para operações executadas de acordo com o costume tradicional, possibilitou uma nova revolução industrial e social, no sentido de conseguir aumentar a produção, com menor custo e com aumento da remuneração tanto para operários, como para capitalistas industriais (SILVA, 1974).

No primeiro capítulo de sua obra, Taylor (1990, p. 21) defendeu que o “objetivo da administração é assegurar o máximo de prosperidade ao patrão e ao mesmo tempo o máximo de prosperidade ao empregado”. O autor acrescenta que o indivíduo atinge maior prosperidade quando alcança o mais alto grau de eficiência, ou seja, quando diariamente consegue o máximo de rendimento.

Dessa forma, para comprovar o aumento da produtividade e atingir o objetivo, sua teoria propõe métodos e sistemas de racionalização do trabalho e disciplina do conhecimento operário, enfatizando a necessidade de comando através de gerências. A divisão do trabalho, proposta por Taylor para melhorar os rendimentos, passou a ser: órgãos de staff (gerentes) e de linha (operários), com a centralização da autoridade, a redução do arbítrio, pelo aumento do controle com ênfase na burocracia (TAYLOR, 1990; MATOS; PIRES, 2006).

Para racionalizar o trabalho, nas oficinas desenvolvidas no início do século XX, Taylor estabeleceu cinco princípios básicos que envolviam observação, análise e decisão. As etapas consistiam inicialmente em estudar de forma científica, a tarefa a ser executada pelo trabalhador; em seguida, propor uma seleção executiva do trabalhador melhor preparado para execução da tarefa, dentro do padrão predefinido. Após a seleção deveria ser estabelecida a necessidade de instruir e treinar os movimentos do trabalhador. Com o treinamento, a empresa deveria fornecer incentivos aos trabalhadores mediante as elevações salariais, de acordo com a produção. E por último, deveria ser incentivada a busca de uma constante cooperação entre direção e trabalhadores (VALLE, 1993; MORGAN, 2002).

Os trabalhos de Taylor envolveram também o estudo do tempo e seus movimentos como meio de analisar e padronizar as atividades do trabalho. Sua abordagem científica exigia a observação e a medição rigorosa da execução do trabalho para descobrir como desenvolver as atividades, de forma a economizar tempo e esforço (MORGAN, 2002).

Batista (2008) faz uma crítica aos trabalhos desenvolvidos por Taylor. Relata que seus princípios tinham por objetivo garantir a exploração do trabalho em seu limite máximo, evitando o “desperdício”. Por isso houve empenho em estudar minuciosamente o tempo e movimentos, além da separação entre momentos de planejamento e execução do trabalho.

O planejamento e execução de muitos trabalhos atribuídos aos operários deveriam ser precedidos da atividade preparatória da direção, que habilitaria os operários a realizarem seu trabalho melhor e mais rápido. Dessa forma, o trabalho de todo o operário seria planejado pela direção, com pelo menos um dia de antecedência e

cada trabalhador recebia instruções escritas e completas de suas tarefas e os meios usados para realiza-la de forma eficiente (TAYLOR, 1990; BATISTA, 2008).

Para garantir o controle e, ao mesmo tempo iniciativa dos trabalhadores, Taylor (1990) introduziu o pagamento de incentivo especial (bônus), além do que é dado comumente no ofício. Esse incentivo pode ser concedido de diferentes modos: promessa de promoção ou melhoria; salários mais elevados (sob forma de boa remuneração por peça produzida, prêmio ou gratificação de qualquer espécie a trabalho perfeito e rápido); menos horas de trabalho e melhores ambientes de trabalho. Criaram-se então os prêmios e incentivos, motivando os trabalhadores exclusivamente por interesses salariais e materiais (MATOS; PIRES, 2006).

Para Mattoso (1995), Taylor iniciou a administração científica do trabalho, como princípio de gerência e organização. Porém, critica essa estruturação, pois transforma na resposta capitalista à autonomia relativa que os postos de trabalho ainda pudessem permitir os trabalhadores.

Outro autor que faz uma crítica à metodologia de trabalho adotada por Taylor foi Cocco (2001b), se referindo a esse trabalhador como “operário massa”. Em seu trabalho, destaca que o taylorismo massificava o trabalhador nos níveis da mobilização das forças de trabalho e pelo nivelamento de suas qualificações. O fenômeno ocorria quando o trabalhador camponês era mobilizado e transformado em operário desqualificado, adequados a uma divisão técnica do trabalho e a tarefas cada vez mais simples e repetitivas, sem considerar as características pessoais e subjetivas desse trabalhador.

Buscando aprimorar as técnicas administrativas empregadas por Taylor em 1913, Henry Ford (1863-1947) incorporou na indústria um modelo denominado Fordismo. A consolidação do modelo taylorista, nesse novo modelo, ocorreu principalmente no final da década de 40, e orientaram a produção em massa de produtos tecnologicamente complexos, utilizando-se de economias de escala, inovações no produto e técnicas de montagem (MATTOSO, 1995; MARTINS; DAL POZ, 1998).

Podemos citar como principais características do fordismo: a abrangente organização do trabalho, extensa mecanização com a utilização de máquinas-

ferramentas, linhas de montagem e esteira rolante, além da crescente divisão do trabalho (MATOS; PIRES, 2006). A introdução da linha de montagem associada a novas bases para uma política social enfatizou a produção em massa, alimentada pelo consumo e garantido pelos altos salários pagos (VALLE, 1993; COCCO, 2001b).

Cocco (2001b, p. 63-64) se refere ao fordismo como “articulação entre um ‘regime de acumulação’ (taylorista) e um ‘modo de regulação’ da repartição de ganhos de produtividade”. Sua força está baseada nestas novas características das relações salariais. O cerne do mecanismo fordista está na dinâmica dos ganhos de produtividade da qual depende o crescimento da acumulação e dos salários reais.

Sobre essa afirmação, Braga (1995) concorda que o modelo fordista, foi universalizado e combinado com os princípios de administração taylorista. Mas acrescenta que nesse período, ocorreu ampliação dos direitos sociais, suavizando o conflito inerente à relação capital-trabalho. Nesse período, houve delimitação de papéis na sociedade, em que o Estado, com a arrecadação de impostos assegura a garantia de certos direitos trabalhistas. Já a empresa se comprometia com o pagamento de altos salários inspirados no modelo de produção fordista e os trabalhadores suportavam esse modelo de exploração devido às garantias trabalhistas (BATISTA, 2008).

Mattoso (1995) relata que durante um curto período, no pós-guerra, o sistema capitalista adquiriu um caráter virtuoso, quando pela primeira vez em sua história, nos países capitalistas centrais, haveria uma combinação de crescimento econômico, pleno emprego, mecanismos de mercado e políticas estruturantes com diversificação da intervenção estatal. No mercado de trabalho, crescentemente hegemônico, atingiu níveis de desemprego até então inexistentes, as desigualdades sociais foram acentuadamente reduzidas e as relações de trabalho redemocratizadas.

Cocco (2001b) acrescenta que o acesso à cidadania real estava totalmente subordinado a integração na relação salarial, durante o modelo fordista. Essa integração produtiva funcionava como promessa de ascensão social, pela melhoria das condições reais de vida e como fator de integração social. O acesso aos

dispositivos de proteção garantidos pelo Welfare State (como seguro-saúde, seguro-desemprego e aposentadoria) também estava subordinado à relação salarial.

No entanto, as críticas ao modelo taylorista/fordista estão baseadas na fragmentação do trabalho, na sua separação e na hierarquia, pois leva a desmotivação e alienação de trabalhadores, além de desequilíbrio nas cargas de trabalho (MATOS; PIRES, 2006; ALBORNOZ, 2006). Morgan (2002) acrescenta que os aumentos na produtividade foram muitas vezes alcançados com um custo humano muito alto, reduzindo trabalhadores a autômatos.

Alves (2006) concorda com o descrito e aponta que no mundo de produção capitalista, do sistema de máquinas da grande indústria, o trabalho perde seu lugar como agente social ativo do processo de produção. Como se o trabalho vivo passasse a se tornar um mero termo, submetido à máquina.

Para a definição de trabalho vivo apresentada por Alves (2006), consideraremos a explicação descrita por Marx (2001), que retrata a utilização da força de trabalho como o próprio trabalho. O comprador dessa força de trabalho consome, ao fazer o trabalhador vende-la e torná-la ativa, o que antes era apenas força de trabalho em potencial. O autor aponta o trabalho como um processo entre o homem e a natureza. Quando o homem participa dessa transformação o autor classifica como trabalho vivo. Todavia, no setor industrial, o processamento da matéria prima (que pode constituir a substância principal de um produto ou entrar em sua formação como matéria auxiliar) é um objeto de trabalho filtrado pelo trabalho e transformado pela ação do homem que opera a máquina (ALBARNOZ, 2006).

No final do século XX, esse modelo de produção entra em crise. Cocco (2001a) descreve sobre cinco fatores que contribuíram para esse momento. O primeiro está relacionado à queda de ganhos de produtividade e caracterizado pela perda da regulação fordista no regime de acumulação. A queda de produtividade resultou em queda de salários reais e repasse dos aumentos salariais para o preço dos produtos. O resultado foi a origem da inflação.

Um segundo fator envolve a abertura da concorrência internacional e rompimento do domínio fordista. Com a abertura do mercado, aumentou a competição e tornou-se

necessário adequar a empresa para se tornar competitiva. Outro ponto são as dinâmicas de deslocalização e desterritorialização, ligada à internacionalização, concorrência e instabilidade dos mercados. Por último a flexibilidade defensiva para redução de custos na produção. Dessa forma, o autor conclui que a crise, desestruturou as dimensões espaciais do ciclo de produção e reprodução do capital, principalmente nos países centrais (COCCO, 2001a).

Devido a crise, houve surgimento de modelos e sistemas organizacionais, que dependendo de sua capacidade de adaptação, das realidades institucionais diferenciadas e das estruturas competitivas, prosperaram ou fracassaram. As organizações produtivas que conseguiram sobreviver a esse novo modelo de competição atingiram níveis certos de flexibilidade, quantidade e qualidade do que se produz. Não ocorre um desaparecimento total do antigo modelo, mas sim uma diversidade de possibilidades (CASTELLS, 2000; COCCO, 2001a).

Nesse período, surgiram novas formas de organização dos processos de trabalho. O cronômetro, a produção em série e de massa foram substituídos pela flexibilização da produção e especialização flexível, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção a lógica do mercado (ANTUNES, 1994). No entanto, houve a necessidade de mesclar, aos antigos processos produtivos, novas formas de produção, mais flexíveis, sustentadas na qualidade dos produtos e serviços, articuladas pela requalificação da mão-de-obra e da flexibilização organizacional das empresas capaz de transformá-las em uma rede de relações de prestação de serviços (AQUILES, 2011).

As empresas são expostas a uma readequação frente à nova realidade que, associada à implementação das inovações tecnológicas, acarretam mudanças estruturais, tanto no que se refere às relações institucionais de produção, quanto ao processo de trabalho propriamente dito (ANTUNES, 2003). A reestruturação implícita nesta fase (pós fordismo) tem a intenção de fortalecer e não enfraquecer o capitalismo (KUMAR, 1997).

1.2. A TERCEIRA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL E A REESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO.

No século XX a reestruturação produtiva foi marcada pelas inovações tayloristas/fordistas, que através do processo de mutações sócio-organizacionais e tecnológicas, modificaram a morfologia da produção de mercadorias em vários setores da indústria e dos serviços (ALVES, 2006).

Com o taylorismo, observamos a produção do que Cocco (2001a, p.18) conceitua como “operário massa”, construído através dos níveis de mobilização das forças de trabalho e principalmente pelo nivelamento de suas qualidades na divisão técnica do trabalho. O trabalhador camponês era transformado em operário de fábrica e a divisão técnica o reservava cada vez mais tarefas simples e repetitivas.

Foi possível observar duas tendências na sociedade do trabalho a partir de então: uma formada por trabalhadores da seção central de produção ou grandes fábricas, protegida pela legislação trabalhista. Outra por trabalhadores envolvidos nos diferentes processos de descentralização, externalização e formas emergentes de trabalho precário. Essa nova composição técnica das forças de trabalho dá origem ao “operário social”, que teve seu conceito desenvolvido na década de 70, juntamente com a definição de trabalho imaterial (COCCO, 2001a).

Entendemos por trabalho imaterial, o qual o trabalhador é caracterizado pela contínua inovação das condições de comunicação e, portanto das dinâmicas produtivas (LAZZARATO; NEGRI, 2001).

Gorz (2005) definiu como trabalho imaterial, aquele trabalho em que padrões clássicos de medida (produção em massa) não podem ser aplicados. Ao contrário do trabalho material, que é possível ser medido em unidades de produto por unidades de tempo, o trabalho imaterial é complexo, produto do conhecimento humano.

Na primeira fase da reestruturação, ocorrida no curso da década de 70, temos a manifestação dessa transformação. O destaque é para o ciclo do trabalho imaterial

como sendo pré-constituído por uma força de trabalho social autônoma, capaz de organizar o próprio trabalho e as próprias relações com a empresa (LAZZARATO; NEGRI, 2001).

As condições que estão na base do desenvolvimento das sociedades pós fordistas são descritas por Lazaratto e Negri (2001), como sendo a transformação do trabalho em trabalho imaterial e da força de trabalho em intelectualidade de massa e; a intelectualidade de massa podendo se transformar em um sujeito social e politicamente hegemônico. Os autores destacam que a mercadoria produzida por este trabalho não se destrói no ato do seu consumo, mas alarga, transforma e cria o ambiente ideológico e cultural do consumidor. A matéria-prima é a subjetividade e o ambiente ideológico onde essa subjetividade vive e se reproduz.

A partir da década de 80 ocorreu a consolidação do processo denominado Terceira Revolução Industrial. Este período é caracterizado pelo impulso da revolução tecnológica da microeletrônica, redes telemáticas e informacionais; da mundialização do capital e da precarização do mundo dos vínculos empregatícios (ALVES, 2006).

Além da revolução tecnológica, esse período apresentou como características a reestruturação produtiva com a predominância do trabalho imaterial e a internacionalização do mercado com a esfera financeira. Os princípios produtivos estão baseados na otimização global dos fatores de produção; integração entre pesquisa/desenvolvimento/organização da produção/garantia da qualidade; produção voltada para as demandas do mercado; e produção diferenciada com qualidade e com custos decrescentes (MARTINS; DAL POZ, 1998).

Mattoso (1995) acrescenta que a Terceira Revolução Industrial, desencadeou a reestruturação mundial do capitalismo. Conseqüentemente ocorreu a fragilização do anterior paradigma industrial e tecnológico, ocasionando a ruptura do compromisso social e das relações/instituições econômicas, sociais e políticas.

Na era do conhecimento o trabalho ocorre majoritariamente em grupos e projetos. Raposo (2006) nos informa que o foco está no cliente e na resolução de problemas,

com rápida obsolescência do conhecimento e de competências. Os resultados são medidos pela efetividade do processo de trabalho.

Essa nova reestruturação produtiva rompe com as diferentes formas de proteção ou segurança do trabalho. Os trabalhadores perderam seus antigos direitos. Por não estarem inseridos de forma competitiva - embora funcional - nesse novo paradigma tecnológico, tornam-se desempregados, marginalizados ou trabalham sob novas formas de trabalho e de qualificação. Como consequência, são produzidas relações trabalhistas muitas vezes precárias e não padronizadas. A inexistência de empregos permanentes para todos, torna-se uma alavanca auxiliar para segmentar e desintegrar a organização dos trabalhadores, o movimento sindical e o que restava da solidariedade e coesão social. Esses fatores somados geram na atualidade uma verdadeira desordem do trabalho.

Essa ofensiva do capital reestruturado sob dominância financeira reverteu o longo período de realinhamento da relação capital-trabalho, relativamente favorável ao segundo, e golpeou o trabalho organizado, que na defensiva, sofre mutações e perde parte do seu poder político, de representação e de conflitualidade (MATTOSO, 1995).

Sob as inseguranças geradas pelo modelo de produção adotado durante a Terceira Revolução Industrial, Mattoso (1995) aponta que a expansão da insegurança no trabalho se daria em vários níveis:

1. Insegurança no mercado de trabalho: produz a insegurança de pertencer ou não ao mercado, favorecida pela ruptura do compromisso keynesiano e conseqüentemente pela não priorização do pleno emprego como objetivo de governo. O resultado é a sobre-oferta de trabalhadores e aumento das desigualdades frente ao desemprego.
2. Insegurança no emprego: presente com a elevação das facilidades patronais em despedir e em utilizar trabalhadores eventuais, e, de outras formas de cortes de custos do trabalho. No pós-guerra, o objetivo do governo e de suas políticas foi assegurar aos trabalhadores formas estáveis e padronizadas de relações de trabalho e segurança do emprego. No entanto, durante a era de modernização

conservadora, essas formas de proteção foram questionadas e reduzidas. Isso pode ser observado na redução relativa ou absoluta de empregos estáveis ou permanentes nas empresas e da subcontratação de trabalhadores temporários.

3. Insegurança na renda: os rendimentos do trabalhador se tornaram variáveis, instáveis ou sem garantia. Houve um distanciamento entre o poder aquisitivo dos assalariados e o avanço da produtividade, com o efetivo rompimento da relação salário/produtividade.

4. Insegurança na contratação do trabalho: considerada através do movimento tendencial da negociação e regulação do trabalho em direção a formas mais individualistas e promocionais, em contraposição as anteriores tendências coletivas e de proteção, fundamentais a consolidação e generalização do padrão de industrialização. A subordinação ao liberalismo e a concorrência do mercado auto-regulável ampliou a descentralização das relações de trabalho e terminou por favorecer a expansão do dualismo do mercado de trabalho e da segmentação do trabalho. São ampliadas as formas de contratação de tempo parcial, por tempo determinado e os salários tendem a reduzir a participação, enquanto crescem os ganhos ou prêmios relativos à qualidade e participação.

5. Insegurança na representação do trabalho: a organização dos trabalhadores como resultado tem enfraquecido suas práticas reivindicativas de conflito e negociação, reduzindo também seus níveis de sindicalização.

Assim, as questões colocadas pela Terceira Revolução Industrial e pela assincronia na constituição do novo sistema produtivo e de novas normas de consumo - redefinidas pela ofensiva do capital reestruturado - e relações salariais, pela redução/desmontagem da regulação do Estado e das relações internacionais, ampliam a desigualdade e a exclusão social. O mundo do trabalho passa por uma verdadeira revolução de suas bases estruturais (MATTOSO, 1995).

A industrialização brasileira se iniciou na década de 40 do século XX, um processo tardio, quando comparado com a Europa e os Estados Unidos. Raposo (2006) aponta que a formação dos trabalhadores estava pautada no paradigma taylorista/fordista do trabalho e treinamento para uma ocupação específica. Esse

modelo de formação se manteve vigente até a década de 1980, quando o país vivenciou a estagnação econômica, perpetuada até os anos 90.

Com a abertura da economia a partir dos anos 90, e a inserção do país no processo de globalização, a indústria brasileira defrontou-se com a realidade de técnicas produtivas ultrapassadas, baixa produtividade e competitividade. Para adequar as exigências do mercado, as indústrias e empresas passaram por uma reestruturação produtiva, que neste momento caracterizou-se por fusões, incorporações e terceirização de empregos. Nesse novo processo, foi necessário o desenvolvimento de habilidades pautadas em conhecimentos flexíveis e trabalhadores capazes de se adaptarem as constantes mudanças e inovações (RAPOSO, 2006).

Cocco (2001b) relata que no Brasil o desenvolvimento periférico da relação salarial com carteira assinada, fez com que o mercado formal convivesse com bolsões de miséria e com um trabalho informal que está profundamente correlacionado. A explosão da informalidade e da precarização do trabalho acontece em uma situação de ausência do sistema de “bem estar social”, e dos diversos dispositivos de proteção que os trabalhadores precários poderiam dispor. O autor acrescenta que a “carteira de trabalho” funcionou como instrumento de controle para populações marginalizadas dos direitos básicos.

No Brasil, a mistura de antigas e novas formas de informalidade e flexibilidade contribuiu para as transformações materiais das economias centrais. Por um lado, a relação salarial fabril envolve porções restritas da população brasileira; e por outro, em alguns casos, mesmo para trabalhadores fabris, ter acesso a relação salarial formal, não garantiu o acesso material aos direitos e a uma inserção cidadã dos trabalhadores (COCCO, 2001a).

A modernização dos processos de trabalho, acelerada pela abertura econômica na década de 90, contribuiu para as transformações no processo de trabalho e potencializou a fragmentação social.

1.3. A EMERGÊNCIA DO TRABALHO IMATERIAL

O desenvolvimento das sociedades capitalistas, acelerado nas últimas décadas, em virtude da produção tecnológica e informacional, colocou em emergência uma categoria de trabalhadores cuja produção não pode ser caracterizada como exclusivamente material. Nesta produção estão envolvidas outras dimensões da atividade humana, particularmente voltadas para a educação, cultura, geração de conhecimento, saúde, afeto e a sociabilidade (MANSANO, 2009).

Sobre a transformação tecnológica, Hardt e Negri (2001) retratam que existe uma sucessão de paradigmas econômicos, desde a Idade Média, cada qual influenciado por setores dominantes da economia. O primeiro é referente à agricultura e a extração de matérias-primas; o segundo com a indústria e a fabricação de bens duráveis; e o terceiro refere-se à oferta de serviços e o manuseio de informações como centro da produção econômica. Os autores acrescentam que a modernização econômica envolve a passagem do primeiro para o segundo paradigma e assim sucessivamente, onde modernização significa industrialização.

A transição para economia informacional envolveu mudanças na qualidade e na natureza do trabalho. Hardt e Negri (2001) relatam que a transição econômica tem implicação imediata na área sociológica e antropológica. Atualmente a comunicação e a informação desempenham um papel fundamental no processo de produção.

Gorz (2005) descreve essa reestruturação ao destacar que o capitalismo moderno, centrado sobre a valorização de grandes massas de capital fixo material, está sendo substituído por um capitalismo pós-moderno centrado na valorização de um capital dito imaterial. Assim, o trabalho de produção material, mensurável em unidades de produtos por unidade de tempo é substituído pelo trabalho imaterial, ao quais os padrões clássicos de medida não podem se aplicar.

Hardt e Negri (2001) conceituam trabalho imaterial como produção de serviços que não resultam em bem material durável, ou seja, produzem um produto imaterial. Como exemplos, citamos a produção de serviço, produto cultural, conhecimento ou comunicação.

Os autores avançam na explicação, dividindo o conceito em três campos de atividades distintos: o primeiro se refere ao trabalho imaterial de tarefas analíticas e simbólicas que pode ser dividido em manipulação inteligente e criativa de um lado, e trabalhos simbólicos de rotina, em outro. Envolve resolução e identificação de problemas e atividades estratégicas de intermediação. O trabalho imaterial analisa a complexidade do presente nas sociedades contemporâneas e convoca o trabalhador a identificar, resolver e até mesmo criar novos problemas. As atividades buscam fazer a mediação entre diferentes esferas de produção material, criando condições para uma organização descentralizada, mas que mantém articulações precisas com o produto final. Neste sentido, o trabalho imaterial, envolve as capacidades de análise e de abstração, a partir dos quais os trabalhadores percorrem diferentes domínios do conhecimento, cada um deles associado a componentes do produto final (HARDT e NEGRI, 2001).

O segundo se refere a informacionalização e incorporação de tecnologias de comunicação no setor de produção industrial que é a intermediação da relação entre o produto material e o mercado consumidor. Engloba desde pesquisa sobre preferências, críticas e sugestão dos consumidores, no que se refere a mercadorias já disponibilizadas e até mesmo aquelas que serão criadas. Ocupa-se da análise e da produção da demanda. Um exemplo claro é a indústria do marketing, pois o seu trabalho abre canais de comunicação com os consumidores/usuários e partindo das opiniões coletadas, criam campanhas publicitárias, que facilitam a identificação do consumidor com as mercadorias em questão (HARDT e NEGRI, 2001).

E, por último, a produção e manipulação de afetos que requer cuidado humano e envolve uma extensa gama de serviços prestados por uns (trabalhadores) e utilizada por outros (consumidores). Trata-se da relação afetiva estabelecida entre a empresa, os profissionais e os usuários podendo ser virtual ou real. Um exemplo que consideramos é o trabalho executados pelos profissionais de saúde. Nesses serviços, a atividade produtiva está baseada no cuidado envolvendo diretamente a produção de afetos (HARDT e NEGRI, 2001).

Com a descrição realizada pelos autores, percebemos que o trabalho imaterial está presente em todas as áreas de atuação, impulsionando a pós-modernização da economia global. Engloba profissões que exigem maior habilidade para a criação,

produção de conhecimento e contatos sociais (HARDT e NEGRI, 2001; MANSANO, 2009).

Cocco (2000) compreende o trabalhador imaterial como expressão madura e avançada desse novo modelo de produção baseado na produção de informações e linguagem. O autor leva em consideração as formas de reorganização da produção dentro das grandes fábricas. Inclui a alteração das práticas gerenciais, focadas em projeto de empresa, qualidade total, formas de incitação e participação. Na atualidade, temos a centralização de um trabalho vivo cada vez mais intelectualizado.

Dessa forma, no novo modelo vigente, a tendência é diminuir as diferenças entre sujeito e empresa. O indivíduo é forçado a ser “a empresa”. O regime salarial passou a ser abolido, as empresas diminuem seu efetivo, terceirizam para os auto-empresendedores e deixam de assumir compromissos trabalhistas assegurados na legislação (TIZIANI, 2009).

Qualidade e quantidade de trabalho passam a estar organizadas em torno de sua imaterialidade. Cocco (2000, p. 108) aponta um novo gerenciamento de Recursos Humanos, onde os ciclos de produção e de reprodução eliminam toda a diferença entre o tempo de trabalho e o tempo de vida; entre os períodos de emprego e de formação; entre as atividades produtivas e improdutivas.

Com a reestruturação industrial, a emergência de um regime acumulado globalizado que está baseado na produção de conhecimento e no trabalho vivo deve ser pensada como processos contraditórios. Isso não está relacionado às contradições que se opõe ao passado do modelo fabril. Está relacionado ao presente, com as novas formas de exploração e da composição técnica do trabalho, das novas lutas dos trabalhadores e da recuperação do trabalho vivo (COCCO, 2001a).

1.4. REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E OS IMPACTOS PARA OS TRABALHADORES.

O processo de reestruturação produtiva originado com a Terceira Revolução Industrial trouxe consequências para o trabalhador. Com o processo de flexibilização e transnacionalização do trabalho e capital foi necessário destruir e reconstruir habilidades e aumentar o número de trabalhadores flexíveis, o que ocasionou aumento do desemprego em nível mundial (KANTORSKI, 1997).

Para Antunes e Alves (2004), a classe trabalhadora engloba totalidade dos assalariados que vivem da venda de sua força de trabalho, que são despossuídos dos meios de produção e que tem presenciado um processo multiforme de reestruturação no processo de trabalho. Além disso, os autores apresentam diferenças entre trabalhadores do século XXI e os trabalhadores do século anterior.

A primeira diferença está relacionada ao processo de reestruturação produtiva, gerada pela terceira revolução industrial, que acarretou a redução dos trabalhadores industriais e do binômio taylorismo/fordismo. No lugar do trabalhador fabril, manual e estável, surge outro tipo de trabalho desregulamentado, reduzindo o conjunto de trabalhadores estáveis e a estrutura do emprego formal.

O trabalho desregulamentado gerou, de certo modo, aumento de trabalhadores em áreas fabris e de serviços em escala global, sob forma de trabalho precarizado. Um exemplo disso está no uso de mão de obra subcontratadas e/ou terceirizadas. Com a desestruturação do Welfare State e a ampliação do desemprego, os capitais transnacionais implementaram novas alternativas de trabalho, desregulamentada e informal. Os empregos que eram destinados apenas a imigrantes em países centrais, agora estão sendo ocupados por trabalhadores remanescentes da era taylorista/fordista (ANTUNES; ALVES, 2004).

Outra tendência apontada por Antunes e Alves (2004) está no aumento significativo do trabalho feminino e o surgimento de trabalho “part time” (meio período), precarizado e desregulamentado. O trabalho feminino tem um movimento inverso e desigual em relação aos direitos sociais e do trabalho, e aos níveis de remuneração,

que em geral são inferiores ao recebido por homens para ocupação da mesma função.

Os trabalhadores excluídos do setor industrial foram a princípio, absorvidos pelo setor de serviços. No entanto, posteriormente, acabaram por sofrer com as mutações organizacionais, tecnológicas e de gestão advindas do processo de reestruturação. Ocorreu uma inter-relação entre o mundo produtivo e o setor de serviços, e como consequência, atividades que eram consideradas improdutivas, tornaram-se produtivas e subordinadas à lógica da racionalidade econômica e valorização do capital (ANTUNES; ALVES, 2004).

Antunes e Alves (2004) também se referem a dois extremos de exclusão como outra característica da reestruturação produtiva, originada pela terceira revolução industrial: a de jovens e a da população com idade próxima há 40 anos. Os jovens que atingem idade para ingresso no mercado de trabalho, muitas vezes por não possuírem perspectivas de emprego, acabam engrossando as fileiras do trabalho precário e terceirizado. Com relação à população com idade próxima a 40 anos, uma vez excluídos do mercado de trabalho, dificilmente conseguem reingresso. Os trabalhadores da era fordista, fortemente especializado, foram, aos poucos substituídos por trabalhadores polivalentes e multifuncionais.

Com o desdobramento dessas tendências, Antunes e Alves (2004) apontam a expansão do trabalho no terceiro setor, que assume uma forma alternativa de ocupação, por intermédio de empresas com perfil mais comunitário e motivado por formas de trabalho voluntário. Para compor essas atividades há o predomínio daquelas de caráter assistencial, sem fins diretamente lucrativos e desenvolvidos à margem do mercado. Essa expansão é reflexo da retração do mercado de trabalho industrial e de serviços, como alternativa para compensar o desemprego estrutural.

Além da expansão do terceiro setor, Antunes e Alves (2004) apontam como tendência a expansão do trabalho em domicílio, permitida pela desconcentração do processo produtivo. Através da telemática, como forma de expansão da flexibilização e precarização do trabalho, além da horizontalização do capital produtivo o trabalho doméstico vem se expandindo.

A última tendência apontada por Antunes e Alves (2004) se refere a mundialização produtiva. A configuração do mundo do trabalho está cada vez mais transnacional. Esse processo de mundialização produtiva desenvolve uma nova classe de trabalhadores que mescla dimensões nacionais com internacionais.

Aquiles (2011) concorda com as descrições de Antunes e Alves, pois argumenta que com as transformações no capitalismo global, o processo de reestruturação produtiva e as inovações organizacionais e tecnológicas incorporadas pela esfera da produção, trouxeram consequências para o mundo do trabalho e para os trabalhadores. Atualmente, a classe trabalhadora convive com novas exigências relacionadas à qualificação, condições de trabalho atributos ligados ao gênero, escolaridade e idade demandados pelos setores produtivos e com a realidade do desemprego.

CAPÍTULO 2 - A REESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO E SEUS REFLEXOS NO SETOR SAÚDE

As mudanças no mundo contemporâneo, motivadas pelas novas formas de organizações econômicas, aliadas ao desenvolvimento tecnológico, geraram impactos na organização da produção, do trabalho e do emprego (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Conforme descrito no capítulo anterior, o século XX assistiu uma transição tecnológica que reestruturou a produção, através de processos que vêm ocorrendo no plano das indústrias e serviços, com a introdução de novas tecnologias de ponta (MATTOSO, 1995). Essa transição tem transformado de forma radical os processos de trabalho, os procedimentos produtivos, o mercado da força de trabalho e o ciclo de acumulação do capital (MEHRY, 2002). As mudanças que ocorreram com os trabalhadores do setor industrial, também estão refletidas nos trabalhadores do setor saúde.

Martins e Dal Poz (1998) traçam um paralelo entre as mudanças relacionadas ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, e as transformações empregadas na indústria. Os autores argumentam que as transformações estão presentes na dinâmica e organização dos serviços. Descrevem os serviços de saúde (hospitais, unidades de saúde) como estruturas complexas, em que coexiste um sistema hierárquico de categorias profissionais, com diferentes tecnologias e processos de trabalho. O impacto da reestruturação no setor ocorreu tanto no nível das tecnologias materiais como tecnologias imateriais.

Sobre as formas de produção no setor saúde, Martins e Dal Poz (1998) apontam o predomínio da produção não-material (relacionado com saberes e técnicas), diferente da indústria onde há o predomínio da produção material (relacionado a equipamentos e produtos). Destacamos que a produção imaterial é consumida no momento da sua produção, não podendo ser armazenada, transportada ou está suscetível à racionalização técnica ou organizacional. Pressupõe o domínio de

saberes e técnicas específicas; tem um caráter interdisciplinar; necessita de uma equipe e em sua essência, é um trabalho coletivo (GORZ, 2005).

Faria e Dalbello-Araujo (2010) apontam que o trabalho em saúde é complexo, dinâmico, criativo e dependente das relações entre os sujeitos. Nesse sentido, o encontro e o cuidado são a matéria-prima desse trabalho e sua produção se executa entre trabalhador e usuário.

2.1. A INSERÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO CONTEXTO HISTÓRICO DAS REVOLUÇÕES INDUSTRIAIS

Os serviços de saúde, historicamente, possuem estruturas verticalizadas, hierarquizadas e fragmentadas. Nessas organizações complexas coexistem um sistema hierárquico de categorias profissionais com diferentes tecnologias e processos de trabalho com baixa padronização. Os impactos nas mudanças tecnológicas do trabalho ocorreram no nível das tecnologias materiais (equipamentos e produtos) e nas tecnologias imateriais (saberes e técnicas) e repercutem na população assistida (MARTINS; DAL POZ, 1998).

A divisão técnica e social do trabalho é apontada como uma característica do modo de produção capitalista, que sofreu intensa elaboração, por meio dos estudos de sistematização da atividade de produção humana, realizada por Taylor (1990). A sistematização separou a concepção da execução e comprometeu o caráter humanizado do trabalho (FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2010).

No setor saúde, também encontramos a divisão de trabalho proposta por Taylor (1990) refletida na categorização profissional e divisão de setores. Os estudos de tempo e movimento utilizados para estabelecerem padrões de trabalho para as fábricas foram adaptados para organizar o trabalho, segundo Kantorski (1997), principalmente em hospitais, no processo denominado Princípios da Gerência Científica.

Campos (1998) concorda com a influência do modelo taylorista no setor saúde e reforça que o trabalho é recortado pela lógica de departamentos, divisões e seções montadas segundo a formação profissional. Refere-se as suas teorias administrativas, como modelo de controle de pessoas, como se fossem instrumentos ou recursos destituídos de vontade própria. O objetivo é disciplinar o trabalhador, quebrando seu orgulho, autonomia e iniciativa crítica.

A transição do modelo fordista/taylorista que vigorou entre as décadas de 50 e 70 pautou a organização do trabalho em saúde na predominância do trabalho prescrito, com poucas possibilidades de intervenção nos processos produtivos e pouca autonomia dos trabalhadores. Esse modelo tecnológico estava baseado na intelectualização do trabalho cujas principais referências passam a ser o conhecimento técnico e qualificação profissional (MARTINS, 2004).

A partir da década de 80, a gestão dos serviços de saúde, embora ainda realizada de forma taylorista, vem sofrendo no Brasil influências do planejamento estratégico e gerenciamento flexível participativo. A cobrança de maior produtividade, a crescente incorporação e inovação tecnológica, bem como a complexidade do processo de trabalho, desencadearam o aprofundamento e a integração do conhecimento especializado (MARTINS; DAL POZ, 1998).

Com a democratização dos serviços públicos de saúde, foi garantida a introdução de um modelo de gestão tripartite entre trabalhadores, usuários e gestores. No entanto, o dia a dia dos serviços permanece em vigor o modelo tradicional taylorista e suas variações. No trabalho real, ainda é mantida a lógica operária, seguida pelo modelo tradicional de gerencia, com poder centralizado em chefes, controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos e sobre o comportamento formal dos funcionários, elaboração centralizada de programas e normas reguladoras do atendimento e quase ausência de comunicação entre os serviços e gerencias (CAMPOS, 1998).

Campos (2007) se refere a gestão participativa e as redes de co-gestão como uma possível alternativa dos problemas relacionados a exploração e desgaste do trabalho. Porém, é necessário que o trabalhador compreenda a si mesmo e o contexto, e, amplie a capacidade de agir e decidir em situações concretas.

A definição de co-gestão descrita por Campos (1998) significa que todos estariam decidindo e deliberando entre interesses, em negociação permanente, em discussão e em recomposição com outros desejos, interesses e instancias de poder.

2.2. A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E O USO DE TECNOLOGIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A reestruturação produtiva na saúde é apontada por Mehry e Franco (2013) como capaz de promover a inversão das tecnologias do trabalho em um sistema de produção, ou atuar como uma nova forma de organizar a produção da saúde. Conceituam a reestruturação como:

“Novidades introduzidas nos sistemas produtivos, que impactam nos processos de trabalho e geram mudanças no modo de elaborar os produtos, e efetivamente até mudam o modo de assistir as pessoas [...]. Em geral buscam alterar a conformação tecnológica do processo produtivo e introduzem mudanças organizacionais nos mesmos (FRANCO; MEHRY, 2013, p. 128).”

Merhy (1997; 2002) enfatiza que para além das máquinas e do conhecimento técnico, existe no trabalho em saúde as relações entre os sujeitos (trabalhadores e usuários) e conformam certa tecnologia no modo de agir para a produção do cuidado. Essa idéia das relações como parte construtiva do processo de trabalho, traz a dimensão humana para a composição dos atos de saúde, humanizando o trabalhador.

Para Franco e Mehry (2013) o processo de trabalho realizado no conjunto das intervenções assistenciais, onde é empregado o uso de ferramentas-máquinas, o conhecimento, sob forma de saberes profissionais também são altamente mobilizados. Por isso, há o uso de tecnologia leve-dura, pois é leve ao se tratar de um saber que as pessoas adquiriram e, está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar a atuação sobre eles; mas é dura na medida em que é um saber fazer estruturado, organizado, protocolado e normatizado.

Dessa forma, Mehry (1997; 2002; 2013) descreve o surgimento de uma tipologia

para designar as tecnologias de trabalho em saúde: aquelas centradas em máquinas e instrumentos (tecnologias duras), do conhecimento técnico (tecnologias leves) e das relações (tecnologias leves). No processo de produção do cuidado, as três tecnologias se fazem presentes.

Concordamos com o autor quando destaca que o trabalho executado pelos profissionais de saúde, apesar de estar baseado nas relações (tecnologias leves), tem uma forte agregação de valor ao trabalho centrado no uso de máquinas e instrumentos. Assim, qualquer mudança a ser realizada no setor saúde, necessita da inversão das tecnologias de trabalho, um processo denominado transição tecnológica, diferenciando do conceito de reconstrução produtiva.

Ainda para Franco e Merhy (2013) as implicações do atual modelo médico hegemônico neoliberal tendem a aumentar essa dimensão tecnológica do trabalho em saúde. Os modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comporta as ações de saúde.

É importante registrar que por mais que se pensem e desenvolvam modelos de operacionalização dos serviços de saúde, o cuidado se produz a partir do protagonismo de cada sujeito, individual ou coletivo, no lugar de encontro entre trabalhadores dos serviços e usuários. O perfil do cuidado que se produz é definido no nível da micropolítica do processo do trabalho, no agir cotidiano de cada trabalhador, nas relações estabelecidas com outros trabalhadores, usuários e arsenal tecnológico que utiliza (FRANCO; MERHY, 2013).

Dessa forma, a reestruturação produtiva pode produzir mudanças no núcleo tecnológico, do cuidado, significando um novo padrão de produção e alterando o modelo de organização do processo produtivo, invertendo o núcleo tecnológico do cuidado, compondo a hegemonia do trabalho vivo. Ou seja, a produção de saúde é dependente do trabalho humano. Neste contexto, os autores constroem um novo conceito, que gera mudanças no modo de produzir saúde, denominado “Transição Tecnológica”:

“Um novo padrão de produção do cuidado, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado,

configurando hegemonia das tecnologias mais relacionais, a partir do trabalho vivo em ato, ou seja, além das tecnologias leves o protagonismo dos trabalhadores na produção do cuidado é central para definir um processo de mudanças [...]. Significa operar na assistência com sentidos diferentes dos que existem no 'modelo médico hegemônico, produtor de procedimentos', pois tem ação voltada ao campo das necessidades dos usuários (FRANCO; MEHRY, 2013, p. 143)".

Por trabalho vivo em ato, Merhy (2002), compreende como possibilidade do trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima. O encontro do trabalho vivo em ato com o usuário, expressa componentes vitais de tecnologias leves do trabalho em saúde, ou seja, a tecnologia das relações que se configuram nas práticas de acolhimento, vínculo e autonomização.

Merhy (2002) aponta que no processo de trabalho em saúde, há o encontro do agente produtor com suas ferramentas representadas por conhecimentos, equipamentos e tecnologias de um modo geral, com o agente consumidor, que por sua vez torna-se parte do objeto de ação do produtor.

Para a saúde, a utilização de tecnologias leves é importante e imprescindível. Uma vez que a matéria prima do trabalho em saúde é o encontro entre usuário e profissional. Seu uso é necessário para estabelecer relações e subjetividade. Para o trabalhador, a utilização dessa tecnologia pode gerar desgaste que merece ser considerado pelo empregador (FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2010; MARSIGLIA, 2011; FRANCO; MEHRY, 2013).

2.3. IMPLICAÇÕES DO PROCESSO REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA SOB A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 destaca a saúde, como "direito de todos e dever do Estado", em um capítulo destinado ao Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1988). O novo sistema de saúde deveria, por um lado, estar preparado para garantir o direito à cidadania política, através da obrigatoriedade universal do concurso público para provimento de cargos em todas as instituições da administração pública; e por outro, deveria atender o direito de cidadania através do acesso universal e integral (NOGUEIRA, 2007). Constatamos assim que desde sua

implantação, ainda não ficou garantido de modo efetivo e significativo os direitos dos trabalhadores da saúde (ROLLO, 2007).

A situação desfavorável vivenciada na efetivação do SUS, associada a movimentos de melhoria e valorização do trabalho no setor saúde também estão diretamente relacionados com o contexto de globalização, onde os interesses do complexo médico-industrial são poderosos e fortes, competindo os interesses dos defensores do sistema público (ROLLO, 2007).

O mercado de trabalho na área da saúde tem seguido as tendências das relações de trabalho adotadas pelo Brasil, que envolvem a flexibilidade e precarização dos vínculos trabalhistas. Essas tendências levam a um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de postos de trabalho no SUS com impacto na quantidade e qualidade dos serviços (MARTINS; MOLINARO, 2013; MACHADO; KOSTER, 2011).

MERHY (2013) concorda que para os defensores de um sistema de saúde universal, igualitário, de qualidade e implicado na construção da cidadania, um dos temas mais controversos envolvem a organização, estruturação e gerenciamento dos processos de trabalho, nos mais diversos estabelecimentos que ofertam serviços de saúde, comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva.

No entanto, a Reforma Sanitária e sua lógica de um sistema de saúde baseado na responsabilidade do Estado tem se diluído frente às opções econômicas e políticas dos governos. Kantorski (1997) se refere ao comportamento do Estado, com as questões referentes à saúde, como um abortamento do Sistema Único de Saúde, que pode ser traduzido pela lentidão da sua regulamentação e valores baixos de financiamento.

A história do processo de consolidação dos serviços de saúde foi dividida por Machado (2005) em três momentos. O primeiro, durante a década de 70, com a expansão do setor saúde tanto no âmbito público como no privado, o que nas décadas seguintes contribuirá para a geração de milhares de empregos.

O segundo se refere ao processo de “desospitalização” do sistema com prioridade para a assistência ambulatorial. Cabe destacar que esse processo não significou a substituição da assistência hospitalar, pois a demanda e o déficit de leitos no Brasil

são elevados. O que foi constatado é a ausência de política hospitalar que equacionasse a necessidade sanitária, recursos disponíveis e otimização/racionalização das estruturas hospitalares existentes (MACHADO, 2005).

E o terceiro, se refere à expansão de empregos de saúde na esfera municipal, que ocorreu na década de 90 com o processo de municipalização. Dessa forma, os municípios precisaram ampliar sua rede de atendimentos e se adequar a ser o maior empregador no que tange a serviços de saúde (MACHADO, 2005).

Para a autora, as transformações e inovações no setor saúde ocorreram principalmente nas décadas de 80 e 90, com o processo de Reforma Sanitária e posteriormente a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde. Para gestores, trabalhadores e usuários, a construção do Sistema Único representou uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços de saúde, baseados em princípios e paradigmas como universalidade de acesso, integralidade da atenção à saúde, equidade, participação popular e descentralização. O sistema passou a ser “um sistema nacional, com foco na municipalização” (MACHADO, 2005 p. 257).

Dessa forma, no processo de descentralização, que desencadeou a transferência de gestão da força de trabalho para os municípios, provocou a expansão de trabalhadores contratados para os serviços de saúde. Os municípios são os maiores gestores da força de trabalho do SUS, porém apresentam dificuldades e dependem do fortalecimento de sua capacidade gestora, o que acaba expondo o trabalhador a situações de precarização do vínculo trabalhista (MACHADO; KOSTER, 2011).

Nogueira (2007) argumenta que a partir da década de 90 era esperada a regulamentação das relações de trabalho de acordo com a recém aprovada norma constitucional. Dessa forma, seriam organizadas as formas de contrato de trabalho dos servidores da saúde, suas carreiras e o processo de ingresso por concurso público. No entanto, o que ocorreu foi uma desconstrução da capacidade administrativa e reguladora do Estado.

As políticas neoliberais de Estado mínimo, associado aos interesses de privatização das empresas estatais e permissão para que a lógica lucrativa do mercado integre

as políticas sociais, e entre elas a de saúde, tem resultado em desprezo e desqualificação dos serviços e dos servidores públicos. Os funcionários públicos são apresentados pela mídia e pelos defensores dessa política, como responsáveis pela ineficácia desses serviços, e por isso como não merecedor de valorização e cuidados (ROLLO, 2007; NOGUEIRA, 2007; MARSIGLIA, 2011).

Ainda relacionado a políticas neoliberais, Machado (2005) descreve que a flexibilização do trabalhador da saúde no mundo do trabalho, principalmente na década de 90, produziu efeitos deletérios ao SUS. Isso é comprovado pelo elevado número de contratações de serviços terceirizados. Dessa forma, as transformações no processo de trabalho e no mundo do trabalho alteraram a modalidade de inserção e vínculos empregatícios, formas de remuneração, e, fortemente, o modo de trabalhar. A precarização do trabalho no SUS contrariou a Constituição e gerou insegurança para o trabalhador na prestação de serviços.

O contingente de profissionais de saúde é amplo e diversificado. As relações de produção e contratação nos serviços de saúde são variadas. Marsiglia (2011, p. 11) destaca os:

"Proprietários de empresas médicas, trabalhadores autônomos, trabalhadores assalariados do setor público ou privado, funcionários estatutários, trabalhadores celetistas, terceirizados ou trabalhadores em situação precária, descobertos pela legislação".

Além da variedade de formas de contratação, esses trabalhadores possuem uma vasta gama de competências, especialidades, cargos, funções e escolaridade. Também, apresentam diferentes níveis de autonomia no exercício de sua profissão, incluindo trabalhadores que não possuem formação na saúde, estabelecendo relações horizontais e verticais, já que a maioria do trabalho realizado é através de equipes.

Pinto e Teixeira (2011) acrescentam que os recursos humanos são um dos nós críticos do processo de mudança da gestão e da atenção a saúde no país. Os autores listam ainda como desafios para a consolidação do SUS, a escassez de profissionais qualificados para o exercício da gestão dos sistemas e serviços, precarização das relações de trabalho, inadequação de perfis e ausência de compromisso de grande parte dos profissionais e trabalhadores para com o SUS.

Na década de 90 houve enxugamento da máquina e restrição de concursos, aliado as demandas sociais por serviços públicos de saúde, em um cenário que induzia a administração a contratar os trabalhadores de forma irregular. No setor saúde, encontrou um cenário propício para a proliferação dessa área, uma vez que os gestores precisavam expandir o SUS, atendendo os aspectos dos direitos a saúde (NOGUEIRA, 2007; MARTINS; MOLINARO, 2013).

Martins e Molinaro (2013) destacam a participação das fundações e organizações de interesse público, resultante de modificações na estrutura jurídica e administrativa das unidades prestadoras de serviços de saúde. Essas organizações não pertencem organicamente ao Estado, mas possuem contrato de prestação de serviço e atuando da contratação e gestão de recursos humanos.

O fato da administração pública não ter legislação geral produz consequências para a gestão e desenvolvimento da força de trabalho na saúde. Martins e Molinaro (2013) apontam que com a inexistência de uma normatização para os modelos jurídicos implantados pela União, estados e municípios para a gestão dos serviços de saúde, contribui para que uma organização de interesse público possa apresentar diferenças na execução do processo de trabalho de um local para outro.

Mesmo para trabalhadores estáveis, contratados por concurso público, ainda pode ser verificado a instabilidade e interrupção no trabalho desenvolvido, particularmente nos momentos de mudança da administração (MARSIGLIA, 2011).

Associado as condições e contratos precários de trabalho, está a pressão do usuário por acesso. Em setores onde o efetivo é reduzido (grupo insuficiente de trabalhadores), exige-se que o funcionário seja multifuncional, assumindo várias funções e tarefas, tornado-se vulneráveis a acidentes (MARSIGLIA, 2011).

Machado (2005) destaca que a Reforma Sanitária se fez realidade, que o SUS se consolidou em termos de sistema unificado de assistência e atenção a saúde. Para a autora, a questão do financiamento foi em boa parte resolvida nas três esferas de governo. No entanto, aponta a negligência com a política de RH, destacando a década de 90 como perdida para os trabalhadores da saúde. A autora denomina esse período como “antipolítico de RH”, pois em sua fase de consolidação, o SUS

não se preocupou com seus trabalhadores e nem elaborou uma efetiva política de RH compatível com a concepção universalista.

Dessa forma, os trabalhadores entre outras questões não apresentam perspectiva de carreira profissional no serviço público de saúde. A renovação e a expansão de novos profissionais, não seguiram os preceitos constitucionais e sim a precarização do trabalho, gerando um contingente de profissionais sem direitos sociais e trabalhistas. Por outro lado, a entrada de novas profissões e ocupações, não regulamentada por legislação profissional, demonstrou pouca preocupação com o sistema público de saúde, de forma que, os trabalhadores não são formados para atuarem no Sistema Único de Saúde (MACHADO, 2005).

Santos-Filho (2007) concorda com o descrito e acrescenta que a degeneração dos vínculos, incluindo a negação e omissão dos direitos trabalhistas constitucionais, precarização dos ambientes e condições de trabalho; e dificuldades na organização e relações sociais do trabalho, inseridos em um contexto de gestão tradicional têm repercutido negativamente na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores.

No ano de 2003, ocorreu uma mudança positiva nas políticas de recursos humanos, com o retorno aos princípios que saúde e os trabalhadores que nela atuam são um bem público (MACHADO, 2005). As medidas de regulamentação das forças de trabalho no âmbito federal estão associadas a uma representação do Ministério Público (MP), contra o governo federal, que resultou na assinatura do Termo de Ajuste de Conduta (TAC), em 2002 (NOGUEIRA, 2007).

A NOB-RH foi uma denominação atribuída ao documento “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, aprovado pela 10ª Conferência Nacional de Saúde, sob forma de Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 330 de 04 de novembro de 2003. Consta nesta política, que para a consolidação do SUS é necessário descentralização, financiamento, controle social e gestão do trabalho, que até o momento não havia recebido destaque. O objetivo de sua implantação era valorizar o trabalhador e promover fidelização das equipes com o trabalho multidisciplinar e multissetorial (BRASIL, 2005a).

A criação da Norma Operacional Básica-RH (NOB-RH), que teve como discussão

principal a centralidade do trabalho, trabalhador e regulação das relações de trabalho em saúde. No entanto, poucos resultados foram alcançados no que se referem a recursos humanos. Assim, apesar do avanço, foi abandonada a proposta de plano de cargos e carreiras profissional e desmobilização do movimento sindical identificado na importância da negociação do trabalho no SUS (MACHADO, 2005).

Rollo (2007) aponta outro avanço significativo na valorização dos trabalhadores da saúde, retratado no Pacto pela Saúde, aprovado na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), fórum que congrega gestores do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e Ministério na Saúde, publicado pelas portarias ministeriais nº 399/ 2006 e nº 699/2006 (BRASIL, 2011a; 2011b).

O Pacto pela Saúde envolve três eixos: Pacto pela Vida, conjunto de compromissos sanitários derivados da análise das situações de saúde do País, onde os gestores estabelecem compromissos em torno das prioridades e necessidades de saúde; Pacto em Defesa do SUS, em que os compromissos entre gestores envolvem a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira com o objetivo de reforçar o SUS como política de Estado; e por último, o Pacto de Gestão aponta as responsabilidades sanitárias das três esferas de governo e propõe espaços de co-gestão vivos e dinâmicos entre os entes em processos compartilhados de planejamento e organização das redes assistenciais (BRASIL, 2011a; ROLLO, 2007).

Como um dos mecanismos de fortalecimento do SUS, o Pacto pela Saúde, apresenta dentro do Pacto pela Gestão, o eixo gestão do trabalho e da educação em saúde, com diretrizes para serem pactuadas e desdobradas em compromissos e metas. Entre eles citamos: desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho, valorização do trabalho e dos trabalhadores do SUS, desenvolvimento de ações que possam adotar vínculos de trabalho com a garantia de direitos previdenciários e sociais; estímulo a criação de processos de negociação entre trabalhadores e gestores, mediante a instalação das Mesas de Negociação Permanente (BRASIL, 2011a; ROLLO, 2007).

2.4. A GESTÃO DO TRABALHADOR DA SAÚDE MEDIANTE O PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO: A SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO.

O Ministério da Saúde atribui conceito a gestão do trabalho no SUS, descrito na NOB-RH, como:

“[...] a gestão e a gerencia de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema [...]. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outros”. (BRASIL, 2005a p. 31)

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), no âmbito do Ministério da Saúde foi instituída com a função de dar maior centralidade à política de recursos humanos em articulação com outras estruturas do SUS (MILITÃO, 2011). E passou a tratar especificamente da gestão de recursos humanos nas dimensões do trabalho e da educação na saúde (MACHADO, 2005).

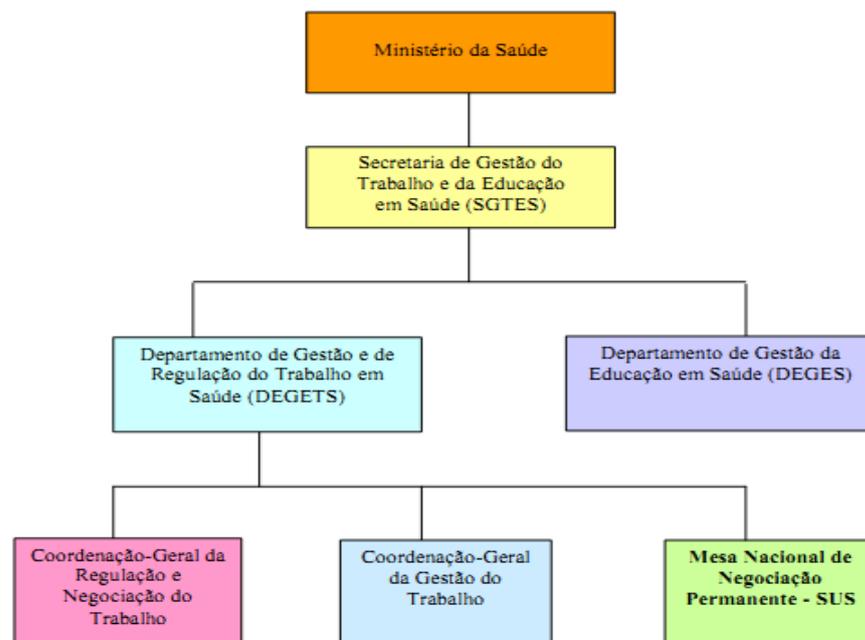
A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) faz parte do Ministério da Saúde, criada em 2003, como principal instrumento para mobilizar a formação e a educação permanente no setor saúde. O principal objetivo foi valorizar a importância de uma gestão competente de recursos humanos na área da saúde. A responsabilidade dessa secretaria é formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores, e da regulação profissional na área da saúde no Brasil (BRASIL, 2013; 2014).

Para garantir a inserção da educação e do trabalho, a SGTES foi dividida em dois seguimentos: o Departamento da Gestão da Educação na Saúde (DEGES), visando garantir de forma efetiva e significativa cursos de qualificação, formação técnica e pós-graduação, com vistas a integralidade e ao desenvolvimento da humanização da atenção em saúde; e o Departamento da Gestão do Trabalho em Saúde (DEGETS), com o objetivo de planejar e formular políticas de gestão e força de trabalho para o SUS (BRASIL, 2011c; 2014).

Com a criação da SGTES foram definidas políticas, no campo da gestão do trabalho

e da saúde, para o efetivo desempenho do SUS que deverão estar articuladas com as instancias federativas. Devem desenvolver papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde. O Ministério da Saúde passaria a assumir o papel de gestor federal do SUS, no que se refere a políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em saúde, envolvendo um movimento de articulação entre trabalho e educação (BRASIL, 2011c; 2014).

Abaixo, apresentamos a estrutura da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.



Fonte: SGETS

FIGURA 1 - ORGANOGAMA DA SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE.

Daremos destaque para o componente presente no organograma que executa ações referentes à regulação do trabalho. Para a SGETS, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGETS), foi criado para contribuir na melhoria das condições de trabalho e da qualidade do atendimento no Sistema Único de

Saúde (BRASIL, 2013). Entre as atribuições desse departamento, merecem destaque a implementação de diretrizes para o Plano de Cargos e Salários do SUS, desprecarização dos vínculos de trabalho, apoio a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, entre outros. Assim, tanto a formação, desenvolvimento profissional e regulação do trabalho devem levar em conta o ensino, a gestão do SUS e o controle social no setor, estimulando e desencadeando novo perfil de trabalhadores e gestores (BRASIL, 2011c).

Dessa forma, a secretaria executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS está vinculada a SGTES, com a finalidade de fornecer suporte operacional aos trabalhos da Mesa (MILITÃO 2011).

Seguindo a lógica da descentralização, nas regiões, estados e municípios brasileiros, a discussão acontece por meio de construção de espaços de negociação entre gestores e trabalhadores. A pauta permeia os assuntos: implantação de planos de cargos e carreiras, desprecarização do trabalho, estruturação e qualificação da área de gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a implementação de políticas e ações do DEGERTS, está pautada no diálogo com entidades de classe, conselhos e outras instâncias de representação dos profissionais e trabalhadores da saúde. Isso resulta no fortalecimento dos processos democráticos e na redução das desigualdades regionais da força de trabalho.

O DEGERTS desenvolve diversas frentes de atuação (BRASIL, 2013). Podemos listar cinco pontos:

- a) Projeto de desprecarização do trabalho: tem por objetivo incentivar a implantação, implementação e revisão de planos de carreiras e desprecarização do trabalho no SUS, através de repasse financeiro de custo para Estados e Distrito Federal;
- b) Inovação da gestão do trabalho no SUS (InovaSUS): concurso realizado anualmente para identificar e potencializar práticas inovadoras de gestão do trabalho na saúde;
- c) Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação

no SUS (ProgeSUS): programa de cooperação com as secretarias de saúde dos estados, municípios e Distrito Federal, para o desenvolvimento de ações conjuntas que visam criar, fortalecer e qualificar a área de gestão do trabalho e da educação no SUS;

d) Mesa de Negociação (MNNP-SUS): fórum paritário e permanente de negociação que reúne gestores públicos, prestadores de serviços privados da saúde e entidades sindicais nacionais representativas dos trabalhadores da saúde;

e) Regulação do trabalho em saúde: é realizada através das leis de regulamentação do exercício profissional, códigos de ética e normas de trabalho que determinam o exercício de atividades no SUS.

Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu mecanismos para valorização dos trabalhadores do setor. Além disso, assumiu seu papel de gestor federal do SUS, no que se refere a gestão do trabalho e educação, cabendo a esta secretaria o papel de incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão de recursos humanos, bem como a negociação do trabalho em saúde, junto a seguimentos de governo e trabalhadores (ARIAS et al, 2006).

Em 2005, por iniciativa do Ministério da Saúde, foi criado o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, para diálogo entre países membros e assegurando a livre circulação de profissionais de saúde nos países integrantes (BRASIL, 2013). Daremos destaque a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

2.5. PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A negociação coletiva é apontada como forma direta, flexível, espontânea e rápida de resolver conflitos coletivos (TEXEIRA, 2007). Pode ser entendida também, como

forma de desenvolvimento de poder normativo dos grupos sociais, que se destina a formação consensual de normas e condições de trabalho que serão aplicadas a um grupo de trabalhadores (MILITÃO, 2011).

Baraldi (2005) aponta a negociação coletiva como processo de colaboração/compreensão entre diferentes atores socioeconômicos (capital-trabalho) ou como mecanismo de harmonização e gerenciamento de conflitos. Isso significa que trabalhadores de uma categoria negociam com a coletividade de empregadores da mesma categoria

A finalidade da negociação coletiva apresentada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) na convenção nº. 87 apontam a composição de trabalhadores e gestores para a composição, como forma de mediação de conflitos (TEXEIRA, 2007).

Ainda vinculado ao conceito de negociação, Baraldi (2005) relaciona diferenças no que tange a negociação coletiva pública e privada. Citando o conceito apresentado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE), o conceito de negociação coletiva na iniciativa privada, envolve núcleos de negociação entre representantes de trabalhadores e empresários que resulta em documento formalizado entre as partes (DIEESE, 2005 apud BARALDI, 2005).

Por outro lado, a mesma autora destaca que no setor público o conceito esbarra no princípio de autoridade e contrato, pois o Estado possui natureza múltipla, ocupando simultaneamente o papel soberano do poder público e de empregador. Isso resulta em uma dinâmica diferenciada, pois as relações entre servidor e Estado não são regidas exclusivamente pela produtividade e condições de trabalho. Dessa forma, a tolerância do Estado em compartilhar com sindicatos decisões sobre condições de trabalho é vulnerável a pressões políticas acerca do controle econômico social, bem como da conjuntura política relacionada ao grau de popularidade, em especial quando se trata de aspectos críticos como remuneração, plano de cargos e salários entre outros (BARALDI, 2005).

Com base nos pontos apresentados, a negociação tem grande destaque na gestão de recursos humanos, pois é um instrumento que permite a resolução de situações

complexas, mediante acordos baseados na cooperação entre os envolvidos (MACHADO, 2006).

2.6. NEGOCIAÇÃO COLETIVA EM SAÚDE: A TRAJETÓRIA DA MESA DE NEGOCIAÇÃO

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) é a experiência principal e duradoura no âmbito da gestão pública, marcando as relações de trabalho na esfera federal, nas instituições de saúde e de ensino, sindicato, governos e organizações. Sua instituição, atualmente, está pontuada na NOB-RH e no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2005a; 2011a). É um espaço que estabelece mecanismos de tratamento de conflitos, mesmo sem base legal definida, mas intermediada por valor social e político, sob o aval do Conselho Nacional de Saúde (MILITÃO, 2011). Seu propósito é fomentar um projeto coletivo de democratização do trabalho na saúde (BRASIL, 2011c).

É constituído por um fórum paritário e permanente de negociação, que reúne gestores públicos, prestadores de serviços privados da saúde e entidades sindicais nacionais representativas dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2013).

O objetivo da participação desses atores é estabelecer um processo de entendimento entre as esferas governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde. Isso expressa um avanço na construção de uma nova forma de relações de trabalho no setor saúde, respaldado nos princípios do SUS e na valorização da força de trabalho, resultando assim em melhoria da assistência integral a saúde da população brasileira (BRASIL, 2011c).

As iniciativas de formulação e implantação da Mesa de Negociação Permanente datam de 1993, via resoluções do Conselho Nacional de Saúde (órgão colegiado que congrega representantes do governo e sociedade civil, além de trabalhadores). A primeira resolução data de 06 de maio de 1993, sendo publicadas posteriormente duas resoluções para ratificar sua reinstalação, em 03 de julho de 2007 e 04 de

novembro de 2003 (BARALDI, 2005).

A NOB-RH reformulada e publicada em 2005 estabeleceu prazo de um ano, para a implantação da Mesa pelos estados e municípios:

“Fica definida a instalação, no prazo de um ano após a publicação destes princípios e diretrizes, de Mesas Permanentes de Negociação, vinculadas aos respectivos Conselhos de Saúde, com composição paritária (gestores ou prestadores de serviços de saúde com os trabalhadores), em todas as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estimulando o mesmo nas instituições prestadoras de serviços de saúde ao SUS e as entidades sindicais, representantes dos trabalhadores. Os estados e municípios terão o prazo de 12 meses, a partir da publicação desses princípios e diretrizes, para encaminharem a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e à Comissão Intergestora Tripartite (CIT), documento formal de constituição das Mesas Permanentes de Negociação assinada por todos os membros” (BRASIL, 2005a)

Militão (2011) baseado na ratificação de instalação da mesa, divide o processo em três fases: a primeira compreendendo o período de 1993 a 1996 com a criação e instalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS); a segunda no período de 1997 a 2002 com a reativação da mesa de negociação, e por último, em 2003, quando temos uma nova reativação e a consolidação do espaço no âmbito nacional.

Apesar das inúmeras dificuldades encontradas, expressadas através do seu funcionamento intermitente, a Mesa tem conseguido se manter. Com a sua consolidação, garantiu sua permanência, favorecida pela conjuntura política adotada a partir da década dos anos 2000, favorável a institucionalização de mecanismo para tratamento de conflitos no SUS (MILITÃO, 2011).

2.6.1 Primeira fase da Mesa Nacional de Negociação Permanente – a criação (1993-1996)

No âmbito do SUS, a negociação coletiva ganhou força através do movimento sindical, abrangendo todos os trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Esse processo pretendia inovar a negociação sindical na administração pública, formalizando o processo com servidores públicos e negociando, simultaneamente,

com várias categorias. A concepção norteou o delineamento do processo no SUS, pois previa a negociação nacional, acompanhada por negociações estaduais e municipais, através do sistema de Mesas (MILITÃO, 2011).

Neste contexto, foi proposta a instituição da primeira Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP-SUS), com o objetivo de estabelecer fórum de negociação entre gestores e trabalhadores do SUS. Sua criação foi legitimada pela plenária nacional do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua vigésima quarta reunião ordinária, através da Resolução nº 52 de 06 de Maio de 1993, tendo como Ministro da Saúde Jamil Haddad (BRASIL, 1993; BARALDI, 2005; ROLLO, 2007; MILITÃO, 2011). A proposta de criação da Mesa partiu dos componentes das entidades sindicais integrantes do Conselho e a resolução sobre a negociação coletiva foi aprovada na 9ª Conferência Nacional de Saúde (KLEIN, 2011).

Dessa forma, a resolução estabelecia que o governo federal, estados e municípios, estabelecessem processos permanentes de negociação coletiva com as entidades sindicais de trabalhadores da saúde (KLEIN, 2011). Ainda descrevia a constituição da Mesa como espaço paritário, em que participavam 11 representantes da gestão e 11 representantes de entidades dos trabalhadores da saúde. Como pontos de pauta deveriam estar incluídos: salários (reajuste, reposição, isonomia); jornada de trabalho no SUS; carreira de saúde; direitos e conquistas sindicais nas reformas de estrutura dos SUS; mecanismos de gestão de recursos humanos no SUS; entre outros (BRASIL, 1993; BARALDI, 2005). Sua instalação ocorreu efetivamente em 28 de setembro de 1994, com a portaria 1713 (KLEIN, 2011).

A própria resolução atribuiu a iniciativa do Ministério da Saúde para convocar e instalar a primeira reunião da Mesa. Também foi assegurada autonomia para elaborar o seu próprio regimento interno e estabelecer calendários para as reuniões. A criação da mesa visava melhorar as condições de trabalho e o relacionamento hierárquico dentro das instituições públicas; melhorar o desempenho e a eficácia profissional dos quadros funcionais e a resolutividade dos serviços prestados à população e promover cooperação técnica entre Estados, Distrito Federal e Municípios. Assim o regimento criava a cultura de negociação permanente nos serviços públicos (MILITÃO, 2011).

Apesar da MNNP-SUS, ter sido criada formalmente a partir de uma resolução do CNS, não fazia parte da estrutura organizacional e não mantinha vinculação com o Ministério da Saúde e nem mantinha subordinação com o Conselho. Isso preservava a autonomia e independência de funcionamento como uma das características fundamentais e inerentes ao espaço de negociação trabalhista. No entanto, regimentalmente o controle social era a instância mediadora quando ocorriam impasses na negociação (MILITÃO, 2011).

A exemplo da Mesa nacional, em 1994 o Plenário do Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução 111 de 09 de junho de 1994, que propunha aos estados e municípios a implementação de Mesas de Negociação, composta de forma paritária por trabalhadores e gestores, articulando com os preceitos organizativos do SUS. Essa resolução atribuiu aos Conselhos de Saúde, o acompanhamento e a promoção de estímulo a sua implantação (MILITÃO, 2011).

A Mesa funcionou regularmente até o final de 1994, sendo desarticulada em 1995 com a mudança no governo federal.

2.6.2 Segunda fase – reativação da MNNP-SUS sob a ótica da política neoliberal (1997- 2002)

Em 1997, a Mesa de Negociação é novamente reinstalada em instância nacional, por iniciativa do Conselho Nacional de Saúde, através da resolução 229 de 03 de julho de 1997. Apresentava os mesmos objetivos pautados na resolução nº. 52/1993. A composição continua paritária, mas com diminuição das representações de 11 para 09 participantes (BRASIL, 1997; MILITÃO, 2011; KLEIN, 2011).

Com as adversidades do cenário político, a Mesa enfrentava dificuldades de ordem estruturais e conjunturais e o seu funcionamento não era regular. O funcionamento era nas dependências do CNS, com o apoio da própria secretaria executiva. Além disso, nas reuniões eram comuns ausências, principalmente dos representantes governamentais, e dificuldade em apresentar pauta sobre reivindicações, com um

governo que se opunha a sindicatos. A consequência foi a desmotivação da bancada de trabalhadores e dos demais empregadores (MILITÃO, 2011).

A Mesa entra novamente em declínio no final dos anos 90 e início da década de 2000. Mesmo participado de forma marcante nas negociações para elaboração e aprovação das Diretrizes para a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-RH) e de algumas tentativas intermediando soluções de conflitos da relação de trabalho nas três esferas, não conseguiu sobreviver ao esvaziamento por parte dos gestores (MILITÃO, 2011).

Machado (2006 p.135) concorda com o descrito e acrescenta que a desativação da Mesa, durante toda a década de 90, ocorreu por “absoluta falta de vontade política dos governos da época”.

2.6.3. Terceira fase reinstalação e consolidação da MNNP-SUS (2003 até os dias atuais)

A reativação da Mesa Nacional Negociação Permanente-SUS é um espaço de negociação que envolve Governo Federal, gestores estaduais e municipais, prestadores de serviço e trabalhadores do SUS, de forma paritária (atualmente composta por 11 membros) (BRASIL, 2003a; KLEIN, 2011). Machado (2006) descreve como tendo:

“[...] suas bases no conceito de controle social, fundamentada nos princípios constitucionais da legalidade, moralidade, impessoalidade, qualidade dos serviços, participação, publicidade e liberdade sindical. As decisões são tomadas em reuniões ordinárias, e às vezes extraordinárias, mediante a consenso entre seus membros (p. 136).

Para sua reativação contou com a aprovação unânime do Conselho Nacional de Saúde, através da resolução 331 de 04 de novembro de 2003. O objetivo era tratar todos os pontos pertinentes a força de trabalho. O processo negociação permanente é essencial para o sucesso da política de gestão do trabalho na saúde e por isso está pautada na NOB-RH (MACHADO, 2006; KLEIN, 2011).

Esse período foi marcado por inovações como a implantação do plano de cargos, carreiras e vencimentos (PCCS), formação e qualificação profissional, jornada de trabalho, saúde do trabalhador, critérios de liberação de dirigentes e formas de contratação no serviço público, instalação de mesas estaduais e municipais para exercer mandato sindical, seguridade de servidores, precarização do trabalho de negociação e reposição de força de trabalho no SUS (BRASIL, 2003a; ROLLO, 2007; MILITÃO 2011; KLEIN, 2011).

A Mesa ganhou caráter permanente, no que diz respeito a sua funcionalidade. A sua retomada é caracterizada pelo momento favorável de se estabelecer uma política de redemocratização das relações de trabalho no setor público (MILITÃO 2011).

De acordo com Klein (2011) o regimento interno da Mesa adotava como preceitos democráticos a confiança recíproca, boa-fé, honestidade de propósitos e flexibilidade para negociar, bem como a obrigatoriedade das partes em buscar negociação quando houver solicitação por qualquer delas.

A Mesa Nacional compreende uma estrutura horizontal representada pelas comissões temáticas e grupos técnicos com finalidade de subsidiar discussões e, vertical representada pelo Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP), responsável pelo funcionamento da Mesa Nacional e das Mesas Estaduais e Municipais (MACHADO, 2006; KLEIN, 2011).

O SINNP-SUS foi instituído formalmente pela Mesa Nacional de Negociação Permanente através do Protocolo 03/2005. O Ministério da Saúde conceitua como:

“Sistema constituído pela articulação das Mesas de Negociação Permanente do SUS, devidamente regulamentada e atuante nos níveis federal, estadual, regional e municipal, respeitando a autonomia de cada ente político. [...] tem como objetivo promover a articulação e integração entre as Mesas de Negociação, implantar novas metodologias para o aprimoramento do processo de negociação do trabalho no SUS e acompanhar, por meio da Secretaria Executiva da Mesa Nacional, os processos de negociação no SUS. Dessa forma, pretende-se contribuir para a consolidação de uma cultura de negociação, promovendo a democratização das relações de trabalho no âmbito do SUS” (BRASIL, 2011c).

As competências da MNNP-SUS envolvem o tratamento consensual de conflitos e das demandas decorrentes dos vínculos funcionais e de trabalho. Quando não há consenso, entre as partes, as proposições divergentes são encaminhadas para

apreciação do Conselho Nacional de Saúde (MACHADO, 2006; KLEIN, 2011).

A MNNP-SUS pode ter seus trabalhos acompanhados por um facilitador, acordado entre as partes. Esse facilitador deve ter experiência em negociação coletiva, bem como resolver questões e impasse da Mesa, sem atuar no mérito da questão tratada; e em caso de impasse, pode ainda ser nomeado um assessor técnico para viabilizar o processo de negociação (MACHADO, 2006; KLEIN, 2011). Destacamos que as reuniões ordinárias ocorrem mensalmente.

Dessa forma, Machado (2006) se refere à consolidação da Mesa de Negociação como um dos “caminhos que tem levado a melhores soluções para os diversos problemas existentes na relação capital *versus* trabalho” (p. 139). Por meio da negociação direta entre partes, surgiram soluções de problemas e a necessidade de demanda judicial, otimizando o tempo e energia fundamentais para o bom funcionamento do SUS (MACHADO, 2006).

CAPÍTULO 3 – O PAPEL DA MESA MUNICIPAL NA NEGOCIAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

O dicionário da Academia Brasileira de Letras de Língua Portuguesa (2008) define negociação como: “Ato ou efeito de negociar; Diálogo, busca de entendimento”. Para Baraldi (2005 p.3) negociação é “uma suspensão/harmonização dos conflitos e disputas, como se todos fossem parceiros com o mesmo objetivo, mas com papéis particulares diferenciados”.

Resgatamos o conceito geral de negociação antes de descrever o processo de implantação da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS de Vitória, para reflexão sobre a busca de entendimento através do diálogo e como isso tem sido conquistado pelos trabalhadores do SUS.

O primeiro registro de espaço de negociação entre gestores e trabalhadores do SUS data de 06 de maio de 1993, via resolução do Conselho Nacional de Saúde (BARALDI, 2005). Dessa forma, a Mesa de Nacional de Negociação Permanente do SUS tem sua origem por determinação do Controle Social. A Resolução 52 de 06/05/93, que regulamentava o funcionamento da primeira tentativa de implementação da Mesa, é produto da 9ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992, que destaca:

“Devem também os governos federal, estaduais e municipais estabelecerem processos permanentes de negociação coletiva de trabalho com as entidades sindicais de trabalhadores de saúde, objetivando definir, entre outras coisas data-base, piso salarial e sistemática de reajustes” (BRASIL, 1992 p 31).

A primeira Mesa Nacional funcionou regularmente até 1994, sendo desarticulada em 1995, com a mudança no Governo Federal (KLEIN, 2011). O posicionamento do Conselho Nacional de Saúde (instância colegiada de controle social) em manter o funcionamento do espaço, garantiu que duas outras resoluções ratificassem sua reinstalação, em 1997 e por último em 2003 que está em funcionamento até o momento e está vinculada a SGTES. (BARALDI, 2005; KLEIN, 2011).

Apresentamos um quadro com as características principais de cada momento de implantação da Mesa Nacional. Ressaltamos que a cada instalação o Conselho Nacional de Saúde desempenhou o papel de articulação para que esse espaço fosse garantido para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Resolução do CNS	Período	Destques
Resolução no. 52	1993-1996	<ul style="list-style-type: none"> - Institui a MNNP/SUS - Composição: 11 representantes dos gestores e 11 representantes dos trabalhadores - Pauta: Salário, jornada de trabalho no SUS, carreira de saúde, direitos e conquistas sindicais nas reformas da estrutura do SUS e mecanismos de gestão de Recursos Humanos para o SUS. - Período de funcionamento: final de 1994.
Resolução no. 229	1997-2002	<ul style="list-style-type: none"> - Reinstalação da MNNP/SUS - Composição: 9 representantes dos gestores e 9 dos trabalhadores - Mantém os objetivos da resolução anterior - Período de funcionamento: até o final da década 90.
Resolução no. 331	2003 aos dias atuais	<ul style="list-style-type: none"> - Reinstalação da MNNP/SUS - Composição: 11 representantes dos gestores públicos, 02 patronais do setor privado e 13 representantes dos trabalhadores - Negocia os temas contidos na NOB/RH/SUS: carreira no SUS, formação e qualificação, jornada de trabalho no SUS, saúde do trabalhador da saúde, critérios para liberação de dirigentes para exercer mandato sindical, seguridade dos servidores, precarização do trabalho (formas de contratação e ingresso no serviço público), instalação de Mesas municipais e estaduais, reposição da força de trabalho no SUS.

Quadro 1: Processo de implantação da Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP-SUS).

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS funciona há 12 anos sem interrupção. É o espaço atual de negociação e diálogo sobre o trabalho no SUS. Em uma reflexão, Militão (2011 p.85) descreve a temática como:

“Experiência principal e mais duradoura ocorrida em âmbito central da Administração Pública, desde sua criação em 1993, até os dias atuais. Seu ineditismo marcou profundamente as relações de trabalho na esfera federal, instituições de saúde e ensino, sindicatos, governo e organizações. O estabelecimento de mecanismos de tratamento de conflitos, ainda que sem base legal definida, mas portadora de valor social extraordinário, foram fornecida por seus atores: trabalhadores e empregadores do SUS, sob o aval do Conselho Nacional de Saúde”.

O objetivo da Mesa de Negociação está relacionado à construção de alternativas e formas para obtenção de melhorias das condições de trabalho para o trabalhador da saúde que atua no SUS (BRASIL, 2003b; BARALDI, 2005; MILITÃO, 2011).

A negociação nacional deveria ser acompanhada de negociações estaduais e municipais em um sistema de Mesas, detalhando e complementando o que se negociou na esfera Federal (MILITÃO, 2011). Dessa forma, após a consolidação do espaço tornou-se necessário a construção de um Sistema Nacional Permanente de Negociação do Trabalho no SUS. Para isso, passou a se investir na instalação de Mesas Estaduais e Municipais (BRASIL, 2003b; 2003c).

Em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, através da Mesa Nacional de Negociação Permanente publica o Protocolo 002/2003 que dispõe sobre a instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS. Esse protocolo apresenta embasamento para a instituição formal da Mesa, conforme estabelecido pelo gestor federal, estadual e municipal, empregadores privados e entidades sindicais representativa de trabalhadores (BRASIL, 2003c). Mas, somente em 2005 é criado o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS) que garantiu sua descentralização.

O SiNNP-SUS é constituído por um “conjunto de Mesas de Negociação Permanente, instituídas regularmente, de forma articulada nas esferas federal, estadual e municipal, respeitando a autonomia de cada ente político” (BRASIL, 2005b).

Para a implantação da Mesa Municipal foi necessário a garantia de consolidação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. E isso só foi possível com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em 2003, a quem atualmente a Mesa está ligada.

Seguindo as diretrizes nacionais, o município de Vitória em 2007 instituiu a Mesa Municipal de Negociação Permanente, vinculada ao SiNNP-SUS com o objetivo de garantir o processo de negociação entre trabalhadores e gestores do SUS (VITÓRIA, 2007a).

3.1. A MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DE VITÓRIA

No município de Vitória/ES, a instalação da Mesa Municipal data de 12 de abril de 2007, conforme deliberação do Conselho Municipal de Saúde, em sua 26ª Reunião Ordinária. A primeira Reunião Ordinária data do dia 09 de maio de 2007, no auditório no Pronto Atendimento da Praia do Suá.

“A reunião foi iniciada pelo Secretário de Saúde que na oportunidade ressaltou a importância da Instalação da Mesa para a democratização das relações de trabalho e fez uma breve avaliação dos pontos que norteiam as relações de trabalho na saúde, pontuando alguns avanços como, por exemplo, a elaboração do Plano de Cargos e Vencimentos da Saúde na Prefeitura de Vitória apontando ainda alguns aspectos que precisam ser superados e que o trabalho da Mesa será fundamental para superar esses aspectos” (Ata da 1ª. Reunião Ordinária da MMNP/Vitória).

Para regulamentar seu funcionamento, foi confeccionado e apresentado aos participantes, o Regimento Interno que detalha o formato do processo de negociação, os componentes, confecção das atas, registro dos acordos entre outras questões. No documento consta o conceito de Mesa Municipal de Negociação Permanente de Vitória:

“[...] fórum permanente de negociação entre gestor público e entidades sindicais representativas dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde no âmbito do município de Vitória, cabendo-lhe dar tratamento a questões pertinente à força do trabalho empregada” (VITÓRIA, 2007).

Coelho (2011 p. 17) atribui a Mesa um “espaço de exercício da democracia nas relações de trabalho na área da saúde e como estratégia para transformar conflitos em consensos, a partir da pactuação dos seus membros”.

Para garantir o processo de negociação a Mesa Nacional de Negociação Permanente se apoiava em princípios e garantias constitucionais que envolvem: legalidade, moralidade, impessoalidade, qualidade dos serviços, participação, publicidade e liberdade sindical (BRASIL, 2003c). Esses princípios estão descritos e detalhados no Regimento Interno da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS do Município de Vitória-ES.

“As partes (trabalhadores e gestores) assumem o compromisso de buscar soluções negociadas para os assuntos de interesse dos trabalhadores e do Sistema Único de Saúde – SUS, baseando-se no princípio da boa-fé e atuando sempre com transparência, além de envidar todos os esforços necessários para que os pontos negociados sejam cumpridos” (VITÓRIA, 2007).

Dessa forma, o espaço de negociação buscava soluções para os interesses, conflitos e demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho no SUS. Com a implantação da Mesa, esperava-se o surgimento de um novo modelo de relações de trabalho no setor público, o que desencadearia uma revisão na execução do trabalho e melhoria de condições que incluem: salários, vínculos trabalhistas, carreira e formação profissional (BRASIL, 2003c).

Ainda sobre as reuniões, o Regimento Interno prevê convocações mensais (ordinárias), e extraordinárias a qualquer tempo, desde que requerida pela maioria absoluta dos integrantes (VITÓRIA, 2007). As reuniões da MMNP/Vitória são redigidas e estão disponíveis para conhecimento público em uma *home page* denominada *hotsite* da Mesa de Negociação Permanente da Prefeitura Municipal de Vitória. Para descrever o processo de negociação entre a representação dos trabalhadores e gestores, utilizamos as informações das atas disponíveis no *hotsite*, compreendendo os anos de 2007 a 2013.

Ao realizarmos a pesquisa no *hotsite* encontramos 53 publicações, sendo 44 reuniões ordinárias e 9 reuniões extraordinárias, conforme listamos na tabela abaixo:

Ano	Reuniões ordinárias	Reuniões extraordinárias	Total	Assuntos
2007	9	3	12	Ano de implantação; Confeção e aprovação do RI; Negociação sobre carga horária
2008	8	2	10	Gratificação dos salários
2009	9	1	10	Movimento de greve; Incorporação da gratificação e retirada dos descontos por motivo de doença
2010	7	1	8	Capacitação de servidores e membros da Mesa; Avaliação do estágio probatório
2011	3	0	3	Avaliação do estágio probatório
2012	3	2	5	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Serviços de Saúde de Vitória
2013	5	0	5	Mudança de Gestão; Mudança nas convocações para reuniões
Total	44	9	53	

Fonte: Atas da Mesa Municipal de Negociação de Vitória.

TABELA 1 - REUNIÕES DA MMNP/SUS DISPONÍVEIS NO HOTSITE.

Para que ocorra a validação da reunião é necessário quórum. Desde sua implantação em 2007 até o ano de 2010 observamos, conforme tabela 1, uma efetivação da convocação e comparecimento dos representantes tanto de gestores quanto de trabalhadores. A partir do ano de 2011 notamos diminuição das reuniões disponibilizadas no *hotsite*. Não há descrição na página da Web sobre o motivo ou justificativa atribuída as convocatórias mensais que não ocorreram.

Em 2007, ano de sua implantação notamos o período de maior convocação para reuniões, provavelmente em virtude da consolidação do espaço, redação e aprovação do Regimento Interno, documento que determina as diretrizes de funcionamento da Mesa Municipal. Nesse ano, além da formalização burocrática, destacamos a negociação sobre a carga horária dos trabalhadores, que através de determinação da Comunicação Interna deixaram de cumprir a jornada de trabalho de 20 horas e passaram a cumprir 30 horas.

Outro ano importante foi 2009, que trouxe pauta sobre a incorporação do valor da gratificação aos salários e os descontos nos vencimentos em virtude de afastamentos e licenças para tratamento de saúde. O impasse resultou no movimento de greve dos servidores municipais da saúde. E por último, o ano de 2012 que apresentou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Serviço de Saúde no município de Vitória (PMAQ/IDV), uma iniciativa do Ministério da Saúde, reformulada pela gestão municipal que mudou a configuração do trabalho em saúde, com a introdução do pagamento por metas atingidas.

Destacamos que no ano de 2013, após período eleitoral ocorreu troca de gestão, refletindo na troca das representações de gestores na Mesa. Na 46ª Reunião Ordinária, houve a posse nos novos representantes da gestão e ficou registrado o compromisso de garantir a continuidade dos debates na Mesa de Negociação:

“[...] passou a palavra a Secretária [...] Na ocasião a Secretária informou que nesses 02 meses que assumiu, está conhecendo as especificidades da gestão entre essas a Mesa de Negociação, tem atuado em muitas demandas emergenciais, especialmente as relacionadas a dengue e ao “ CRAK”. Mas entende que a atual gestão irá dar continuidade ao debate na Mesa de Negociação” (Ata da 46ª. Reunião Ordinária da MMNP/Vitória).

Na 50ª Reunião Ordinária foi informado pelos representantes da gestão o calendário de reuniões pactuado para o ano de 2013. O calendário alterava a periodicidade das reuniões ordinárias, prevista no Regimento Interno, passando a ser bimestrais. Essa alteração foi em função da representação da gestão alegar que em 30 dias, não haveria tempo hábil para obter respostas as demandas da Mesa.

“Foi esclarecido por (Representante da gestão 1) que no ano de 2013, o calendário da Mesa de Negociação foi aprovado tendo reuniões ordinárias bimensais. Sendo as demais reuniões preparatórias ou de trabalho. (Representante da gestão 2) esclarece que a gestão precisa de algum tempo para obter as respostas que são demandas, e às vezes 30 dias não é tempo suficiente” (Ata da 50ª. Reunião Ordinária da MMNP/SUS).

Em contrapartida, a bancada de trabalhadores sugeriu que para o ano de 2014, o formato das reuniões retornasse para o que está descrito no Regimento Interno, pois o formato adotado no ano de 2013 fragiliza o processo de debate e negociação.

“(Representante dos trabalhadores 1) opina de que para 2014 o calendário de vê ser diferente, pois no formato atual fragiliza as discussões. (Representante dos trabalhadores 2) concorda que a reunião no ano de 2014, deve voltar a ser mensal e lembra a importância do arrazoado. (Representante dos trabalhadores 3) faz a proposta de que as reuniões para 2014, sejam mensais

e que às pré-reuniões de bancada, ocorram no mesmo dia da reunião ordinária (Ata da 50ª. Reunião Ordinária da MMNP/Vitória)".

No hotsite, não encontramos disponível a ata com a alteração da periodicidade dos encontros referente ao ano de 2013. A 45ª Reunião Ordinária, em 2012, relata apenas a aprovação do calendário de reuniões e não o formato.

3.2. PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE: OS COMPONENTES DA MESA

A Mesa Nacional de Negociação Permanente é um fórum permanente de negociação entre governo, prestadores de serviços e trabalhadores do SUS e que trata sobre todos os temas pertinentes às relações de trabalho em saúde. É composta por 28 membros com a garantia de paridade entre as duas bancadas (BRASIL, 2012a).

Esse modelo de formação foi adotado pelo município de Vitória, na composição de sua Mesa de Negociação. No entanto, entre os participantes do componente gestão, não está previsto a participação dos prestadores de serviços do SUS (VITÓRIA, 2007a).

Para que as decisões ocorram de forma democrática, o Regimento Interno relata que a composição da Mesa deve ser paritária, sendo, representantes:

Participantes (titular + suplente)	Gestores	Trabalhadores
02	Gabinete do Secretário da Saúde	Sindicato dos Servidores Municipais Único da Saúde de Vitória (SISMUV)
02	Gabinete do Secretário de Administração	Sindicato dos Odontólogos (SINODONTO)
02	Subsecretaria de Apoio Estratégico	Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Espírito Santo (SINFES)
02	Gerência de Gestão do Trabalho da Educação em Saúde	Sindicato dos Enfermeiros (SINDENFERMEIROS)
02	Gerência de Atenção à Saúde	Sindicato dos Médicos (SIMES)
02	Unidade de Saúde	Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Previdência no Estado do Espírito Santo (SINDPREVSAÚDE)

QUADRO 2 - COMPONENTES DA MMNP-SUS/VITÓRIA.

O total de representações acrescidas de suplentes são 12 participantes com direito a voz e voto. Para oficializar a participação é necessário o envio de comunicação escrita para a Secretaria Executiva (VITÓRIA, 2007).

Em relação aos representantes gestores, apenas a ata da primeira reunião ordinária descreve nominalmente os componentes. Nas atas posteriores, não conseguimos identificar de qual gerência se tratava a representação, uma vez que são descritos como representantes da SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde). Abrimos exceção para os representantes da Secretaria de Administração (SEMAD), que estão identificados com a sigla, possibilitando a distinção. Isso dificulta a averiguação do processo de negociação, pois pode haver conduções diferentes quando a negociação é efetivada pelo secretário de saúde ou por gerência que possa gerar desconforto aos representantes dos trabalhadores.

Entre a representação dos trabalhadores, destacamos duas: o Sindicato dos Servidores Municipais Único da Saúde de Vitória (SISMUV) que representa todos os trabalhadores da saúde da Prefeitura de Vitória que não possuem entidade sindical

constituída formalmente (profissionais de ensino fundamental, médio e superior); e o Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Previdência no Estado do Espírito Santo (SINDPREVSAÚDE) que representa os agentes de endemias e agentes comunitários de saúde, além dos profissionais municipalizados. Com essa formação, estão representados todas as categorias de profissionais de saúde que atuam no município.

Ainda quanto aos trabalhadores, conseguimos identificar a representação de cada seguimento, pois além do nome do componente havia o registro de qual bancada sindical o mesmo representava. Percebemos que, apesar de todas as representações terem o mesmo quantitativo de assento, houveram sindicatos que estiveram presentes com maior frequência nas convocações.

Representantes sindicais	Participação em reuniões
SINODONTO	71
SISMUV	67
SINFES	54
SINDIENFERMEIROS	49
SINDSAUDEPREV	44
SIMES	39

QUADRO 3 - PARTICIPAÇÃO DOS REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES NA MMNP/SUS/VITÓRIA.

De acordo com o Regimento Interno da MMNP-SUS/Vitória é legítimo a participação do representante acrescido de seu suplente (VITÓRIA, 2007). No caso do SINODONTO e do SISMUV constatamos a participação do titular e suplente em mais de uma convocação. Os demais sindicatos participaram com pelo menos um representante. Destaque para o SIMES que das 53 convocações, entre 2007 e 2013, estiveram presentes em 39 e o SINDPREVSAÚDE que estiveram presentes em 44.

As ausências e justificativas, dos representantes dos gestores e trabalhadores, que foram documentadas e devidamente encaminhadas para a Secretaria Executiva,

estão descritas nas atas. Nas atas utilizadas para esse estudo estão relatadas as ausências e justificativas dos componentes.

O Regimento Interno sinaliza que para a validação da reunião é necessário a presença paritária dos componentes:

“A MMNP-SiNNP-SUS do Município de Vitória é constituída, por gestor público e entidades sindicais representativa dos trabalhadores, garantindo a paridade” (VITÓRIA, 2007).

Baseado nessa afirmação, no quadro 4 estabelecemos a relação de presença nas reuniões entre gestores e trabalhadores, para descrever a paridade na composição dos trabalhos de negociação.

Ano	Reuniões	Participação das Representações	
		Trabalhadores	Gestores
2007	12	54	64
2008	10	55	61
2009	10	69	75
2010	8	42	45
2011	3	16	14
2012	5	31	33
2013	5	38	37

QUADRO 4 - PARTICIPAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DOS TRABALHADORES COMPARADO COM GESTORES NA MMNP-SUS/VITÓRIA.

Apesar da necessidade de paridade entre representação de gestores e trabalhadores para validar a reunião e da participação do representante suplente, não está claro, na descrição fornecida pelas atas, como é realizada a contagem dos participantes para estabelecer o quórum nas reuniões.

Ao realizarmos contagem numérica e agruparmos em categorias gestores e trabalhadores, o resultado apontou que nas reuniões da Mesa Municipal de Negociações predominou a presença de gestores em relação à de trabalhadores em

cada ano. Essa constatação não legitima a paridade nas reuniões. Além presença majoritária de gestores, na nossa análise prejudica o processo de negociação, pois poderia coibir a representação dos trabalhadores.

Além do predomínio da representação de gestores, percebemos que o número de participantes tem diminuído quando comparamos o ano de 2007 a 2012. No quadro 4 comparamos o número de participantes, entre os anos de 2007 e 2011 e percebemos um esvaziamento do espaço.

3.2.1. Outros participantes da Mesa Municipal de Negociação Permanente de Vitória.

Para realizar a coordenação dos trabalhos na Mesa Nacional, o Regimento Interno atribui a responsabilidade à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A secretária executiva, portanto possui sua origem definida regimentalmente. A função e responsabilidade atribuída, envolve articular e encaminhar os trabalhos de acordo com a deliberação da Mesa (BRASIL, 2012a).

No Regimento Interno da Mesa Municipal de Vitória, também prevê a constituição da Secretaria Executiva, com a mesma função da Mesa Nacional. No entanto, não informa quem será responsável pela função ou a quem cabe sua indicação. Ao analisarmos os participantes da Mesa, identificamos a secretária executiva como originada da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação Municipal até o ano de 2008. Posterior a essa data, não está clara a identificação da mesma pessoa como secretária executiva ou se ocorreu substituição.

Além do secretário executivo e dos representantes, o regimento interno prevê a participação de: um facilitador, com experiência em negociação coletiva, indicado em comum acordo pelos integrantes da Mesa; um mediador para viabilizar o processo de negociação em caso de impasse; e um assessor técnico, desde que previamente acordado (VITÓRIA, 2007a; BRASIL, 2012a).

Ao observarmos a descrição das atas da MMNP/Vitória, identificamos apenas o assessor técnico. Mas ficou confuso, pois o mesmo gestor que atuava na negociação era apresentado como assessor em outra reunião. Ainda sobre o assessor técnico, destacamos o relatado na 3ª Reunião Extraordinária. Na ata dessa reunião, o assessor consta como indicado pela representação dos trabalhadores. No entanto, na ata da 9ª Reunião Ordinária essa representação é questionada por alguns representantes dos trabalhadores: “[...] ficou surpreso com a escolha do assessor técnico dos trabalhadores”. Com o impasse levantado, a Mesa constatou a importância de definir o papel do assessor técnico. Não encontramos atas com a definição real do papel desse componente.

Outro componente presente nesse espaço são ouvintes ou observadores (VITÓRIA, 2007a). São trabalhadores, gestores, membros de sindicatos que não tem assento na mesa. Esse componente não tem direito a voz ou voto, conforme descrito na Ata Executiva da 6ª Reunião da Mesa de Negociação Permanente do SUS de Vitória “[...] os membros da Mesa têm direito a voz e voto e os demais presentes na reunião serão ouvintes”. A ata da 22ª Reunião Ordinária destaca a recomendação “[...] os convidados devem encaminhar suas questões aos seus respectivos representantes para que eles possam apresentá-las na Mesa”.

A presença de ouvintes não é regular, conforme constatado nas atas. Entretanto, em reuniões onde assuntos considerados de maior relevância para o coletivo notamos maior participação, como: manutenção da jornada semanal de 30 horas de trabalho para profissionais de nível superior, saúde do trabalhador e incorporação da gratificação ao salário e retirada dos descontos salariais em caso de licença para tratamento de saúde.

Um dos fatores que pode ter contribuído para diminuição da participação de observadores pode estar relacionado ao local onde as reuniões são realizadas. As reuniões que ocorreram em 2007 foram na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e Pronto Atendimento da Praia do Suá. Posteriormente foram transferidas para Unidade de Saúde do Forte São João, onde observamos a participação de um número expressivo de trabalhadores, e por fim na Escola Técnica de Saúde do SUS (ETSUS), espaço destinado a treinamentos dos servidores. Dessa forma, percebemos que as reuniões próximas ao local de trabalho propiciam a participação.

Abaixo, apresentamos um desenho dos componentes da Mesa Municipal de Negociação Permanente de Vitória, descritos na ata disponível no *hotsite*:

	Representação do gestor público	Representação dos Trabalhadores da Saúde
Assessor técnico 01 - Titular e 01 - Suplente	Gabinete do Secretário de Saúde	Sindicato dos Servidores Municipais Único da Saúde de Vitória
	Gabinete do Secretário de Administração	Sindicato dos Odontólogos do Estado do Espírito Santo
	Sub Secretaria de Apoio Estratégico	Sindicato dos Farmacêuticos do Espírito Santo
	Gerência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Espírito Santo
	Gerência de Atenção à Saúde	Sindicato dos Médicos do Espírito Santo
	Unidade de Saúde	Trabalhadores de Saúde no Estado do Espírito Santo
01 - Secretária Executiva		
		Ouvintes

Figura 2 – Participantes MMNP/ Vitória

Após a definição dos componentes, os trabalhos da mesa são iniciados. Para isso é necessário um coordenador dos trabalhos, que são alternados entre representantes da gestão e trabalhadores, conforme previsto no Regimento Interno:

“O processo de negociação na MMNP-SUS do município de Vitória será coordenado por um representante escolhido na reunião anterior em sistema de rodízio, intercalando gestor e representante das entidades sindicais” (VITÓRIA, 2007a).

Neste contexto avaliamos esse sistema de rodízio e constatamos que os gestores tiveram participação expressiva na coordenação dos trabalhos, conforme descrevemos:

Ano	Número de reuniões	Trabalhadores	Gestores
2007	12	3	9
2008	10	5	5
2009	10	4	6
2010	8	3	5
2011	3	1	2
2012	5	1	4
2013	5	2	3

QUADRO 5 - COORDENAÇÃO DOS TRABALHOS NA MMNP-SUS/VITÓRIA.

Essa participação expressiva na coordenação dos trabalhos pode despotencializar ou intimidar a participação dos trabalhadores, principalmente em pautas com assuntos que envolvem avaliação do servidor, salários e saúde do trabalhador.

3.3. O PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO NA MESA DE NEGOCIAÇÃO MUNICIPAL

O protocolo 003/2003 da Mesa Nacional de Negociação Permanente destaca os assuntos que devem constar na pauta de negociações: efetivo funcionamento do SUS; processos de negociação de caráter permanente para tratar de conflitos e demandas decorrente de relações funcionais e de trabalho; negociação da pauta de reivindicações dos trabalhadores; metodologias para implantação das diretrizes estabelecidas pela Conferência de Saúde; procedimentos e atos que resultem em melhoria na qualidade dos serviços prestados à população; melhoria de condições de trabalho; assuntos de interesse da cidadania; condições para instituição da educação permanente (BRASIL, 2003c).

O Regimento Interno da MMNP-SUS-Vitória não elenca os assuntos a serem pautados nas reuniões. No entanto, estabelece que para pautar um tema a ser discutido é necessário apresentar as propostas em um prazo de 10 dias que antecedem a reunião ou apresentar propostas de forma verbal ao final de cada convocação para que conste em ata (VITÓRIA, 2007). Sobre as pautas discutidas

nas reuniões da mesa, elencamos e agrupamos de acordo com a frequência que o assunto foi discutido:

Temas pautados na MMNP/Vitória	Frequência	Ano
PMAQ/IDV	8	2012; 2013
Avaliação funcional do servidor	8	2008; 2010, 2011
Apresentação de projetos (educação permanente, projeto de Lei e diretrizes)	7	2010
Incorporação da gratificação aos salários	7	2008; 2009
Ofícios de Sindicatos (troca de representação)	7	Vários anos
Liberação de servidores para participar de atividades sindicais	7	2007; 2008
Atualização/revisão do Regimento Interno	6	2011; 2013
Revisão de carga horária para servidores plantonistas	6	2007
Apresentação Grupos de Trabalho (para criação de propostas)	5	2010
Capacitação em negociação coletiva para os membros da Mesa	4	2010
Auxílio alimentação	4	2008
Manutenção da jornada de trabalho para profissionais de nível superior	4	2007

QUADRO 6 - PONTOS DE PAUTA MMNP/SUS/VITÓRIA.

No quadro 6 apresentamos a descrição dos pontos de pauta com maior relevância. Entre eles destacamos o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Serviço de Saúde do município de Vitória, também denominado Incentivo de Desempenho Variável (PMAQ/IDV). Esse programa é uma readequação da proposta apresentada pelo Ministério da Saúde através da Portaria n 1654 GM/MS de 19 de julho de 2011, denominado Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2011d; 2012b; VITÓRIA, 2012).

De acordo com a Portaria 1.654 publicada pelo Ministério da Saúde, o PMAQ está dividido em quatro fases distintas que compõem um ciclo: adesão ou contratualização; desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. Com base nas metas pactuadas por estados e municípios, que aderiram ao programa, será transferido fundo a fundo um incentivo financeiro (BRASIL, 2011d). O objetivo com esse programa foi:

“[...] induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade na atenção básica, com a garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a Atenção Básica à Saúde” (BRASIL, 2011d; 2012 p 7-8).

Em 13 de fevereiro de 2012 foi apresentado, em reunião extraordinária da Mesa Municipal de Negociação Permanente o formato que a Secretaria de Saúde estaria adotando para a implantação do PMAQ. Dessa forma, o município de Vitória realizou sua contratualização entre gestores e trabalhadores, através da Lei 8254 de 05 de abril de 2012. A lei elenca como finalidades no Artigo 1:

“I - estimular a participação dos profissionais no processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos servidores; II - criar a cultura de negociação e contratualização de metas com os profissionais da Secretaria; III- Institucionalizar a avaliação e o monitoramento de indicadores nos serviços para subsidiar a definição de prioridades e programação de ações de melhoria da qualidade dos serviços de saúde; IV - incentivar financeiramente o bom desempenho de profissionais/equipe, estimulando na busca de melhores resultados para a qualidade de vida da população; V - garantir transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas a Atenção à Saúde, permitindo o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade” (VITÓRIA, 2012).

Durante a apresentação na reunião extraordinária do dia 13 de fevereiro, foi relatado pela gestão que:

“[...] o programa proposto pelo município de Vitória engloba toda a rede de saúde e vislumbra o alcance de metas possíveis de serem alcançadas e já pactuadas na SEMUS, ressaltou que o município priorizou os serviços do Pronto Atendimento, mas toda a rede foi contemplada pela proposta, [...] e que para o trabalhador o alcance das metas irá significar um aporte financeiro” (Ata da 13ª. Reunião Extraordinária da MMNP/Vitória).

De acordo com os representantes dos gestores os objetivos foram:

“estimular a criação da cultura de negociação e contratualização de metas entre gestão e trabalhadores da saúde e institucionalizar a avaliação e o monitoramento dos indicadores nos serviços de saúde. Para tanto propõe

incentivar financeiramente o bom desempenho dos profissionais e equipes [...] os valores propostos seguem a lógica do Plano de Vencimentos da Prefeitura de Vitória e que o serviço de Pronto Atendimento foi melhor remunerado, pois hoje há muita dificuldade em conseguir alocar servidores nesses locais.” (Ata da 13ª. Reunião Extraordinária MMNP/Vitória).

No final dessa reunião ficou acordado a criação de uma comissão com representação dos trabalhadores para discutir a proposta apresentada pela gestão, e apresentar em reunião extraordinária agendada para o dia 23/02/2012. No entanto a ata dessa reunião não está disponível no *hotsite*.

Essa pauta foi amplamente discutida pelos representantes da gestão e dos trabalhadores. As representações dos trabalhadores criticaram o formato de construção das metas e seu alcance.

“(Representantes dos trabalhadores) diz que os colegas das Unidades de Saúde estão temerosos por não conseguirem cumprir as metas do IDV. Diz que há metas inalcançáveis, que não serão possíveis de serem cumpridas e que não houve participação dos servidores na construção das metas” (Ata da 43ª. Reunião Ordinária da MMNP/Vitória).

Assim, a partir de 2012, todas as atas que analisamos mencionavam ou discutiam pontos relacionados ao PMAQ/IDV/Vitória em função da insatisfação do trabalhador.

Outro assunto pautado que nos chamou a atenção foi sobre avaliação funcional do servidor em estágio probatório e a evolução funcional para os que já são do quadro efetivo. Na 13ª Reunião Ordinária de 04 de agosto de 2008 foi apresentado, por representantes da gestão, o Projeto de Lei que institui e regulamenta o Sistema de Avaliação Especial de Desempenho para Servidores em Estágio Probatório, esclarecendo os aspectos legais e constitucionais.

“Desta forma (Representante da gestão) passou a apresentar em que consiste o Projeto de Lei que institui e regulamenta o Sistema de Avaliação Especial de Desempenho para Servidores em Estágio Probatório. Esclareceu os aspectos legais e constitucionais da avaliação, fez uma breve retrospectiva da parte legal da avaliação de desempenho na PMV e esclareceu que até hoje não houve a implantação da avaliação do estágio probatório. Desta forma foi realizada a apresentação através de slides e os mesmo encontra-se anexo a esta ata. [...] o objetivo da avaliação é a melhoria do desempenho do servidor. Foi ressaltado a importância deste debate e que houve toda uma preocupação da gestão em garantir que a avaliação seja discutida e por esse motivo está ocorrendo essa apresentação junto a Mesa de Negociação” (Ata da 13ª. Reunião Ordinária da MMNP/Vitória).

A Lei Complementar 003, que institui e regulamenta a avaliação especial de desempenho do servidor em estágio probatório foi assinada em 03 de dezembro de

2008. Nela está descrito que para a aquisição de estabilidade, o servidor deve submeter-se a avaliação, composta pela chefia imediata e 01 servidor efetivo e estável. O peso da nota da avaliação é de 0,6 para a chefia imediata e 0,4 para o servidor avaliador.

Esse assunto foi pautado e discutido em outras 03 reuniões, sendo criado grupo de trabalho para formulação e apresentação de propostas. Para os trabalhadores o sistema de avaliação Essa pauta retornou às reuniões nos anos de 2010 onde foi apresentada a avaliação de desempenho sem muitos detalhes pelo representante da gestão e no ano de 2011. O ponto que nos chamou a atenção foi a colocação dos representantes dos trabalhadores no que se refere ao formato da avaliação:

“Na opinião de (Representante dos Trabalhadores) os servidores irão se dá 40 pontos [...]. Cita situações onde o avaliador será um cargo comissionado. Ressalta que a chefia tem um peso maior de 60 e o colega um peso de 40. Aponta que alguns servidores podem pensar que a nota do meu colega irá diminuir a minha nota” (Ata da 27ª. Reunião Ordinária).

Por último, destacamos a incorporação da gratificação estabelecida no Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos - PCCV (Lei 6752 de 16 de novembro de 2006) e os descontos em folha de pagamento em virtude de licenças para tratamento de saúde. A criação de um plano de carreiras para funcionários públicos do setor saúde foi citada pela Lei Orgânica 8142/90, mas no município de Vitória foi implementada após 16 anos.

Para complementar a proposta do PCCV foi publicada a Lei 6.819/2006, que institui a gratificação no âmbito da Secretaria de Saúde. A lei previa um “bônus” ou gratificação no valor quase igualitário ao vencimento para o funcionário em efetivo exercício e que não tivesse afastamentos, exceto os previstos por lei (férias, licenças para casamento, licença maternidade, acidentes no local de trabalho, doença profissional, entre outros).

Esse tópico foi discutido durante 07 reuniões entre 2008 e 2009. Na ata da 23ª Reunião Ordinária os gestores apresentam um Projeto de Lei que alterava a Lei 6.819/2006. Após a deflagração do movimento de greve.

Sobre a greve dos servidores, o papel da mesa de negociação e o posicionamento dos gestores destacamos a ata da 21ª. Reunião Ordinária. Nessa convocação foi

sugerido pelos representantes da gestão que o movimento havia acontecido de forma inadequada, pois os assuntos relacionados a incorporação da gratificação estavam sendo discutidos e que as demais reivindicações dos trabalhadores não foram pautadas na Mesa:

“(Representante da Gestão 1) fez uma retrospectiva sobre o que vinha sendo discutido na Mesa. Havia sido tirada uma proposta e composição de uma comissão para estudar os impactos da incorporação da gratificação no salário. Informou ainda que na última reunião o (Representante da Gestão 2) trouxe a proposta de que a gratificação seja por um período indefinido. No seu entendimento até esse momento houve pactuação na Mesa. A seguir, houve a greve e isso não veio para Mesa, inclusive ressalta que as demais reivindicações dos sindicatos não passaram pela Mesa” (Ata da 21ª. Reunião Ordinária da MMNP/Vitória).

Em virtude do posicionamento dos representantes da gestão, a representação dos trabalhadores trouxe pontos referentes a insatisfação dos servidores:

“(Representante dos Trabalhadores) que informou que trata-se de um movimento de paralisação geral, não é só da saúde, é um movimento geral. Esclarece que o nível médio vem reivindicando para que os valores da gratificação não sejam tão diferenciados de um nível para o outro. Esclarece que o reajuste que foi feito no salário do Prefeito e dos vereadores foi bem superior ao reajuste dado aos servidores e que isso é uma injustiça. Aponta que a gestão utiliza a crise para justificar não poder dar aumento, mas como pode aumentar o salário do Prefeito e dos Vereadores. Sugere que todos dividam os efeitos da crise, pois o Prefeito não trabalha sozinho. E salienta que 147% para vereadores é um absurdo. Ressalta que o Prefeito trabalha muito, mas não trabalha sozinho” (Ata da 21ª. Reunião Ordinária da MMNP/Vitória).

Além dos assuntos apresentados são pautados ofícios encaminhados por parte dos sindicatos e gestores. O conteúdo desses documentos informam, em sua maioria, a troca de representação, solicitação de reunião extraordinária e indicação de representante para compor comissão, conforme registrado nas atas analisadas.

Após o desenvolvimento e a discussão dos pontos de pauta e informes, são formalizadas propostas e deliberações. Listamos abaixo as deliberações mais frequentes:

Deliberações da MMNP/Vitória	Frequência
Encaminhamento de proposta dos trabalhadores	7
Formação de Grupos de Trabalho	5
Agendamento de Grupos de Trabalho	5
Encaminhamento de proposta dos gestores	4
Apresentação de pareceres	3
Formação e participação em comissões	3
Ações para melhoria da saúde do trabalhador	3

QUADRO 7: RELAÇÃO DAS DELIBERAÇÕES ACORDADAS NA REUNIÃO DA MMNP/SUS/VITÓRIA.

O encaminhamento de propostas da representação dos trabalhadores está associado a pontos de pautas em que houve discordância das propostas apresentadas pela gestão. Dessa forma, em reuniões que são apresentados propostas aos representantes dos trabalhadores, como foi o caso da incorporação das gratificações, é solicitado que os sindicatos formalizem e apresentem a contra proposta.

Outro ponto que destacamos é a criação de Grupos de Trabalho (GTs), descrito apenas no Regimento Interno da Mesa Nacional, no Artigo 11:

“A MNNP-SUS poderá constituir Grupos de Trabalho de interesse comum, com finalidade de subsidiar os trabalhos. [...] determinará a abrangência e prazos de funcionamento [...] ao final dos trabalhos os GTs elaborarão relatórios contendo as propostas de consenso ou não, que serão remetidas para apreciação e deliberação” (BRASIL, 2012).

O Regimento Interno da Mesa Municipal contempla a descrição dos GTs. Observamos que para pautas que não existem consenso entre trabalhadores e gestores, os mesmos são criados. Durante as reuniões são eleitos representantes dos dois seguimentos para aprofundar os estudos sobre a temática e apresentar um consenso dos trabalhos na reunião de Mesa.

Nos registros descritos em atas no período de 2007 a 2013 foram relatados em pontos de pauta cinco referências aos grupos de trabalho. Esse mesmo quantitativo foi descrito nas deliberações para formação e apresentação. Os pontos de pauta

que demandaram criação de grupos de trabalho foram: complementação salarial, liberação de servidores para assembleias sindicais, incorporação da gratificação, revisão do Regimento Interno e Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Município de Vitória.

Uma deliberação que merece destaque esteve associada a comunicação interna emitida pela SEMUS/GTES/CGP nº 1385/2007 em que a Secretaria Municipal de Saúde determina o cumprimento da carga horária semanal de 30 horas para servidor de nível superior. Essa discussão teve início na 6ª Reunião Ordinária da Mesa Municipal de Negociação por iniciativa dos representantes dos trabalhadores. Segundo a ata da reunião a determinação:

“Entra em conflito com a jornada de 20 horas semanais, adotada pela municipalidade a partir de 1989, portanto há mais de 18 anos, e que vem sendo prestada por grande parte dos profissionais da área de saúde das categorias de nível superior [...]. Esses servidores estruturaram suas atividades profissionais, assim como suas vidas familiares, tendo por base a jornada de trabalho de 20 horas”.

Em virtude da comunicação e dos transtornos gerados, os servidores atingidos pela medida criaram uma comissão representativa com o objetivo de dialogar com as autoridades municipais e resolver o impasse. O assunto foi ponto de pauta a partir da 6ª Reunião Ordinária em todas as reuniões.

Na 3ª Reunião Extraordinária, em dezembro de 2007, apesar da apresentação de um consenso sobre o assunto pelos representantes da gestão, o impasse permaneceu e não houve acordo entre gestores e trabalhadores, conforme relatado em ata.

Outra questão de impasse está relacionado ao Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos, que aparece como ponto de pauta nos anos de 2007, 2008 e 2009. Até o ano de 2013, não houve descrição em ata de sua revisão, conforme proposto pela bancada dos trabalhadores desde 2007.

Com os dois assuntos discordantes apresentados é possível descrever o cenário de negociação, conforme apresentado abaixo:

Pauta	Período	Deliberação	Assessor técnico	Resultado
Cumprimento da carga horária semanal de 30 horas para nível superior	2007 (5 reuniões)	Formação de GT Apresentação dos trabalhos	Sim	Sem acordo
Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos	2007 2008 2009	Sem descrição	Não	Permanece impasse

QUADRO 8: CENÁRIO DE NEGOCIAÇÃO DA MMNP/VITÓRIA.

Dessa forma, apesar da Mesa Municipal de Negociação Permanente ser o espaço legítimo de negociação entre gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde, percebemos uma certa dificuldade em dar continuidade as discussões. Os assuntos se arrastam, o acaba desacreditando e despotencializando o espaço.

3.4. ATAS DA MESA MUNICIPAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DE VITÓRIA

No Regimento Interno da Mesa Nacional de Negociação Permanente estabelece que os assuntos tratados nas reuniões deverão ser registrados em atas de reunião, pela Secretaria Executiva, e submetido após leitura, à assinatura dos membros presentes na reunião subsequente. As situações complexas devem ser consolidadas em protocolos. Os documentos devem ser públicos e arquivados na Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. Após um ano, deverão ser remetidos ao Conselho de Saúde (BRASIL, 2012).

O Regimento Interno na MMNP-SUS segue a mesma diretriz (VITÓRIA, 2007).

“As decisões da MMNP-SiNNP-SUS do Município de Vitória serão registradas em atas ou em protocolos, dependendo da sua complexidade. [...] Os assuntos tratados pela MMNP-SiNNP-SUS do Município de Vitória serão registrados em atas de reunião pela Secretaria Executiva que as submeterá, após leitura, à assinatura dos partícipes. [...] Todos os documentos pertinentes à MMNP-SiNNP-SUS do Município de Vitória serão públicos, arquivados na Secretaria de Saúde e terão cópias enviadas, anualmente, ao SiNNP-SUS. Os protocolos deverão ser encaminhados ao conselho Municipal de saúde para homologação” (VITÓRIA, 2007).

Constatamos que antes de iniciar os trabalhos é realizada a leitura da ata da reunião anterior e relatadas as considerações. Após as correções, o documento é encaminhado para assinatura das representações presentes na discussão. Nos casos que não foi possível a confecção da ata em tempo hábil, a secretária executiva comunicou e justificou para os componentes. A leitura e considerações são realizadas em reuniões subseqüentes.

Sobre o formato adotado na disponibilização dos documentos no *hotsite* do município de Vitória cabem diversas considerações. Em primeiro lugar, a página deveria ser atualizada rotineiramente e ser de fácil acesso ao trabalhador, principalmente o calendário, o local e o horário das reuniões.

Além disso, na página deveria constar o quantitativo de reuniões previstas para determinado ano e o quantitativo das que ocorreram efetivamente. Isso é importante para saber se o espaço de negociação foi consolidado ou se está sendo aos poucos esvaziado.

Destacamos, também, a ausência dos registros das reuniões, que foram emitidas convocações e que não foram efetivadas, por ausência dos participantes. Esse dado é fundamental para identificarmos o formato do processo de negociação e pode indicar se assuntos discordantes são “arrastados” pelas representações.

A redação e disponibilização dos documentos, na página, estão no formato Word e não em PDF, com exceção do ano de 2012. Apesar do modelo das atas delimitar a data, horário, local, participantes, pautas e deliberações, existem muitos erros de escrita.

Sobre a redação do desenvolvimento, em algumas reuniões a impressão é que está resumida. Os assuntos de impasse estão claros, mas a negociação não. Em algumas reuniões identificamos que representantes dos gestores e trabalhadores pontuaram sobre determinado assunto, mas não descrevem o que discutiram. Em outros registros, o raciocínio da discussão é interrompido de forma abrupta.

Outro fator compreende o que é pautado e a deliberação. A impressão é de que o assunto discutido durante a reunião não foi o que estava pautado ou foi modificado

com o desenrolar e a emoção da reunião. E que a deliberação não está de acordo com a pauta proposta.

Esses entraves podem desestimular a participação das representações por entender que o espaço não é resolutivo. Pode também banalizar a negociação por entender que o diálogo não é resolutivo. E por último, a longo prazo, o espaço conquistado com tanto esforço pelo controle social pode ser esvaziado ao ponto de não existir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No século XIX foram realizadas várias tentativas de codificar e promover idéias que pudessem levar a uma organização e administração racionalizada do trabalho. No entanto, apenas no século XX que essas idéias foram sintetizadas em uma teoria abrangente da organização e administração (MORGAN, 2002).

O objetivo da Administração Científica foi poupar energia e ao mesmo tempo alcançar a máxima produtividade, desencadeando uma verdadeira revolução no pensamento administrativo e no mundo industrial (MATOS; PIRES, 2006). Esse modelo prevaleceu até o final século XX.

Contudo, nas décadas de 80 e 90 do referido século, teve início uma nova onda de reestruturação do trabalho, que os autores denominaram Terceira Revolução Industrial. Esse novo conceito trouxe novos formatos de se pensar o trabalho e conseqüentemente o trabalhador. Tivemos nesse período o ressurgimento do trabalho imaterial com profissões focadas no trabalho subjetivo.

A perda do *status* industrial e a automação fizeram com que o mercado de trabalho procurasse por um profissional versátil no desenvolvimento criativo de várias funções e que fosse parte da empresa. Com isso, o trabalho passou a ser flexibilizado e transnacionalizado gerando por fim aumento do desemprego no mundo globalizado (KANTORSKI, 1997).

Esse cenário de mudanças na indústria foi traduzido para o setor de serviços. A metodologia rígida seguida pela indústria e os sistemas flexíveis de contratação foram aprimorados e adotados na área da saúde. O reflexo disso está na organização do trabalho, na divisão de atribuições e no formato das contratações de recursos humanos.

Na saúde pública, com a implementação do Sistema Único de Saúde e o processo de municipalização, possibilitou a onda das contratações flexíveis, importada da

Terceira Revolução Industrial, como uma alternativa para contratar pessoal para operacionalizar o sistema. Dessa forma, alguns municípios contrataram trabalhadores por intermédio de concurso público (ingresso garantido pela Constituição de 1988), contratos temporários, cargos comissionados, organizações não governamentais e mais recentemente organizações sociais.

Uma luz de mudança na discussão sobre a contratação e manutenção de recursos humanos para saúde foi garantida em 2003 com a criação da NOB-RH ou “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS”. Essa política destaca que para a consolidação do SUS é necessário descentralização, financiamento, controle social e gestão do trabalho, que até o momento não havia recebido destaque.

Também em 2003, a criação e o funcionamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) proporcionou visibilidade nas questões referentes à formação, vínculo empregatício e carreira profissional. Podemos traçar o tempo: da promulgação da Constituição até a criação da SGTES passaram-se 15 anos. E foram 12 anos, quando usamos a Lei Orgânica 8142/90, que incumbiu aos municípios o Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos para trabalhadores do SUS. Esse foi o tempo para que o trabalhador da saúde tivesse um espaço para discutir assuntos relacionados à formação profissional e a carreira no serviço público.

Vinculada a essa Secretaria encontramos a Mesa de Nacional de Negociação Permanente. Esse é o espaço de negociação entre representante de trabalhadores e gestores do SUS. Sua consolidação em âmbito nacional foi garantida através do Conselho Nacional de Saúde. Para sua implantação, foram necessárias três resoluções do CNS: em 1993, 1997 e por último em 2003. Durante anos foi incentivando que os municípios e os estados instalassem a Mesa. No entanto, essa decisão ficou a critério do gestor de cada ente federado.

Entendemos que é impossível que o Sistema Único de Saúde funcione sem a participação e qualificação de profissionais. Avançamos nessa discussão, pois além de formação o estabelecimento de carreira no serviço, com salários atrativos para todos os envolvidos no cuidado.

Por isso, optamos por realizar um estudo sobre o espaço de negociação, chamado de Mesa de Negociação Permanente do SUS. Para isso, realizamos uma pesquisa bibliográfica e documental que nos forneceu embasamento teórico sobre o assunto. Apresentamos, então, a análise das atas da Mesa Municipal de Negociação Permanente, implantada em Vitória-ES no ano de 2007.

O total de documentos analisados descritivamente foram 53 atas de acesso público, disponíveis no *hotsite* do município. Utilizamos um recorte que compreendeu aos anos de 2007 a 2013. Além das atas, recorremos as leis e decretos para subsidiar as informações descritas.

Em nossa análise foi constatada a importância e potencia desse espaço. Nele temos representantes de gestores e trabalhadores discutindo processo de trabalho, ganhos salariais, processo de formação permanente, orçamento, entre outros assuntos que são de grande relevância para a saúde pública.

No entanto, encontramos situações que a longo prazo podem comprometer a legitimidade do espaço. Entre elas cabe destacar:

- a) Paridade nas reuniões: o formato dos registros não deixa claro como é realizada a distribuição dos participantes. Quando listamos, encontramos o predomínio de gestores em relação a trabalhadores, o que compromete a negociação.
- b) Coordenação dos trabalhos na Mesa: também encontramos o predomínio de gestores. Não ficou claro como esse sistema de rodízio foi adotado.
- c) Não localizamos no *hotsite* as convocações que não aconteceram por falta de quórum. As atas não seguem a numeração oficial e acaba dando a entender que algumas reuniões programadas em ata, não aconteceram.
- d) Diminuição da participação dos componentes quando avaliamos e comparamos os anos de 2007 a 2011. Pela descrição não conseguimos evidenciar que está ocorrendo um esvaziamento do espaço em virtude de desacreditação.
- e) Pontos de pauta arrastado por anos sem acordo. Pautas que se arrastam e impasses durante as reuniões geram como desdobramento a insatisfação dos

participantes. Esses fatores em longo prazo podem comprometer a legitimidade da Mesa. Também, tende a ocasionar um esvaziamento das reuniões em virtude da ausência de resolutividade.

f) Ausência de atualização da *home page* e disponibilidade de acesso ao cronograma, local e horário para que os demais trabalhadores possam participar.

g) Ausência de identificação dos cargos que os representantes dos gestores ocupam. A identificação dos participantes de modo claro possibilita a verificação de paridade e a garantia do processo de negociação. A alternância dos participantes da gestão fragiliza o processo de negociação e pode ser indicativo de desacreditação e descomprometimento com o espaço.

Quanto aos assuntos pautados podemos destacar: a) o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos com a garantida de incorporação de gratificação e a retirada dos descontos nos salários por motivo de adoecimento do trabalhador – foram necessários dois anos de debates e uma greve de servidores para prevalecer a reivindicação dos trabalhadores; b) Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Vitória (PMAQ), que propõe o pagamento de metas contratualizadas e executadas por equipe, com repasse financeiro diferenciado de acordo com a formação profissional. Foram dois anos de debates sem acordos.

Certamente esse é um espaço legítimo de debate e negociação. Reconhecemos a importância da Mesa como componente de representação e valoração aos trabalhadores do SUS. Entendemos que, para seu fortalecimento, é necessário empenho, reconhecimento do espaço, disposição para negociação e participação dos atores envolvidos.

Com a realização desse estudo, novos questionamentos surgiram. O primeiro é se os trabalhadores entende a Mesa como nesse espaço é legítimo e como é o diálogo entre representantes e representados. Outra questão é a negociação com trabalhadores sob a ótica dos gestores. Para responder a essas afirmações são necessários estudos posteriores.

REFERÊNCIAS

ALBORNOS, Suzana. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

ALVES, Giovanini. **Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios da sociologia do trabalho**. 2 ed. Londrina: Praxis, 2006.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? As metamorfose no mundo do trabalho e dimensões da crise do sindicalismo**. 1994. 315f. Tese (Livre Docência)- Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.unicamp.br>> Acesso: 5 mai 2014

_____, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanini. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Revista Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/agosto. 2004. Acesso: <<http://www.scielo.com>> Disponível em: Acesso em 03 ago. 2014.

AQUILES, Affonso Cardoso. Estrutura sindical e mundo do trabalho: alguns dilemas contemporâneos do sindicalismo brasileiro. **Revista Perspectivas Sociais**, Pelotas, ano 1, N. 1, p. 4-15, março. 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpel.edu.br>> Acesso: 03 mai. 2014.

ARIAS, Eluiza Helena Leite. et al. Gestão do trabalho no SUS. **Cadernos de RH Saúde**, Brasília, V. 3. N. 1. p. 112-117, março. 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>> Acesso: 28 set. 2014.

BATISTA, Erika. Fordismo, taylorismo e toyotismo: apontamentos sobre suas rupturas e continuidades. In: III Simpósio Lutas Sociais na América Latina, 2008, Londrina/ PR. **Anais** do III Simpósio, 2008. Disponível em: <<http://www.uel.br/grupos-pesquisa/gepal>> Acesso: 15 fev 2014

BRAGA, Ruy. Luta de classes, reestruturação produtiva e hegemonia. In: **Novas Tecnologias: Crítica da atual reestruturação produtiva**. São Paulo: Xamã, 1995.

BARALDI, Solange. **Negociação Coletiva em Saúde: uma visão geral sobre o tema e suas características na administração pública no Brasil e em outros países**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Universidade Federal de Brasília: Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/nesp>> Acesso: 25 ago 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da IX Conferencia Nacional de Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1992. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>> Acesso: 25 março 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 52, de 06 de maio de 1993**. Institui a Mesa Nacional de Negociação. Brasília: 26 maio 1993.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 229, de 04 de novembro de 2003**. Institui a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação. Brasília: 03 julho 1997.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 331, de 04 de novembro de 2003**. Institui a Mesa Nacional de Negociação. Brasília: 04 novembro 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Carta de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2003b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>> Acesso: 19/03/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Protocolo 002/2003, de 25 de agosto de 2005. Protocolo para instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação. **Mesa Nacional de Negociação Permanente**. Brasília: 2003c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Protocolo 003/2005**. Dispõe sobre a criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS). Mesa Nacional de Negociação Permanente. Brasília: 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto Pela Saúde – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e Gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo

Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. **Protocolo 001/2012**. Dispõe sobre a constituição da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Mesa Nacional de Negociação Permanente. Brasília: 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. **Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O anti-taylor: sobre a visão de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso: 14 setembro 2013.

_____, Gastão Wagner de Souza. In: SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean. Et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; DA SILVA, Roberto. **Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

COCCO, Giuseppe. Introdução. In: LAZZARATO, Maurizio; NEGRI, Antonio. **Trabalho Imaterial: formas de vida e produção da subjetividade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001a.

_____, Giuseppe. **Trabalho e cidadania: produção e direitos na era da globalização**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001b.

COELHO, Maria Carlota de Rezende. **Mesa de Negociação Permanente do SUS: um espaço político das relações de trabalho para enfermeiros no município de**

Vitória no estado do Espírito Santo (2003-2009). 2011. 171 f. (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

DELANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método, criatividade**. 28ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

DESLAURIERS, Jean-Pierre; KÉRISIT, Michèle. O delineamento da pesquisa qualitativa. IN: POUPART, Jean. Et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

DICIONÁRIO ESCOLAR DA LÍNGUA PORTUGUESA. Academia Brasileira de Letras. 2ª Ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008.

FARIA, Hellyne Ximenes; ARAUJO-DALBELLO, Maristela. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção de cuidado e produção de sujeitos. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n.2, p. 429-439. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso: 03 ago 2014.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, Túlio Batista. MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GORZ, André. **O imaterial: conhecimento, valor e capital**. Tradução de Celso Azzan Junior. São Paulo: Annablume, 2005.

HARDT, Michael; NEGRI, Antônio. **Império**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

KANTORSKI, Luciene Prado. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde – algumas questões preliminares. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.2, p.5-15, abril. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso: 03 mai 2014.

KLEIN, Silvana Beatriz. Negociação Coletiva de trabalho no setor público: questões doutrinárias e experiências internacionais e brasileiras após a Constituição de 1988. In: HORN, Carlos Henrique; COTANDA, Fernando Coutinho (Orgs.). **Relações de trabalho no mundo contemporâneo: ensaios multidisciplinares**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2011.

KUMAR, Krishan. **Da sociedade pós-industrial à sociedade pós-moderna: novas teorias sobre o mundo contemporâneo**. Tradução Ruy Jugmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1997.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LAZZARATO, Maurizio; NEGRI, Antonio. **Trabalho Imaterial: formas de vida e produção da subjetividade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade (org). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____, Maria Helena. et al. Mesa de Negociação como instrumento para a Gestão do trabalho no SUS. **Cadernos de RH Saúde**, Brasília, V. 3. N. 1. p. 112-117, março. 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>> Acesso: 28 set. 2014.

_____, Maria Helena. Trabalho e Emprego em Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

MACHADO, Maria Helena. KOSTER, Isabella. Emprego e trabalho em saúde no Brasil. As políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MANSANO, Sonia Regina Vargas. Transformações da subjetividade no exercício do trabalho imaterial. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, ano 9, n. 2, p. 512-524. 2009. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br>> Acesso: 21 abril 2014.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffone. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MARTINS, Maria Inês Casalade. A Transição tecnológica na saúde: desafios para a gestão do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 287-310, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso: 05 set. 2013

MARTINS, Maria Inês Casalade. DAL POZ, Mario Roberto. A qualificação de trabalhadores da saúde e as mudanças tecnológicas. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 125-145, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 05 set. 2013.

MARTINS, Maria Inês Casalade; MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde do Brasil. Rio de Janeiro, **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso: 05 set 2013.

MARX, Karl. **O Capital: crise da economia política**. Livro I. 17 Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

MATOS, Eliane. PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influencia no setor saúde e na enfermagem. **Texto**

Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006.
Disponível em: <<http://www.scielo.com>> Acesso: 04 mar. 2014.

MATTOSO, Jorge. **A desordem do trabalho**. São Paulo: Editora Página Aberta, 1995.

MERHY, Emerson Elias. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, 1997.

_____, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____, Emerson Elias. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde*. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MILITÃO, João Batista dos Santos. **A negociação coletiva do trabalho no SUS**. 2011. 126 f. Dissertação (Mestrado Profissional) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:
<<http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca>> Acesso: 03 set. 2014

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio da Pesquisa Social*. In: DELANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método, criatividade**. 28ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MORGAN, Garreth. **Imagens da organização**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

NOGUERIA, Roberto Passos. *Problemas de Gestão e Regulação do trabalho no SUS*. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 87, p. 1-14. 2007.
Disponível em: <<http://www.observarh.org.br>> Acesso: 03 set 2014

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. *O Sistema Único de Saúde – SUS. e Emprego em Saúde*. In: GIOVANELLA, Ligia (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, Alfredi Almeida Pino de. **Análise documental do processo de capacitação de multiplicadores do projeto “Nossas crianças janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde**. 2007. 210f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo: São Paulo, 2007. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br>> Acesso em: 11 nov. 2014.

PINTO, Isabela Cardoso Matos; TEIXEIRA, Carmem Fontes. *Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.9, p. 1777-1778. Set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.com>> Acesso em: 20 ago. 2014.

RAPOSO, Marina Reis. **Aprendizagem organizacional como fator de institucionalização na Universidade Corporativa da Indústria da Paraíba**. 2006. 101 f. (Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br>>. Acesso: 03 maio 2014.

ROCHA, Eduardo M; ALVES, Monica. Metodologia Qualitativa. In: BICAS, Harley E. A.; RODRIGUES, Maria de Lourdes Veronese. **Metodologia Científica**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ROLLO, Adail de Almeida. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? In: SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-político da saúde do trabalhador e do HumaizaSus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SILVA, Benedicto. **Taylor e Fayol**. 4 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994.

SOARES, Maria Tereza de Almeida Mota. et al. Gestão do trabalho no SUS. **Cadernos de RH Saúde**, Brasília, V. 3. N. 1. p. 112-117, março. 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>> Acesso: 28 set. 2014.

SOUZA, Gessimara; MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos. Os limites da Mesa de Negociação do Município de Vitória. In: MOYSES, Neuza Maria Nogueira (Org.). **Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2008. Disponível em: <<http://hotsites.vitoria.es.gov.br>> Acesso: 26 set. 2014

TAYLOR, Frederick Winslow. **Princípios da Administração Científica**. 8ª. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

TEIXEIRA, Márcia Cunha. **Negociação Coletiva de Trabalho no Serviço Público**. 2007. 186 f. (Mestrado em Direito). Programa de Pós Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>> Acesso em: 14 ago. 2014

TIZIANE, Valdenize. O imaterial: conhecimento, valor e capital. **Revista Sociedade e Estudo**, Brasília, v. 24, n.1, p. 301-306, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.com>> Acesso: 21 abril 2014. (resenha).

UGÁ, Maria Alice D. MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade (org). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

VALLE, Rogério. A crise do Taylorismo. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.5-10, out./dez. 1993. Disponível em: <<http://www.spell.org.br>> Acesso: 04 mar. 2014.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Regimento Interno de funcionamento da Mesa Municipal de Negociação Permanente do município de Vitória**. Vitória: 2007a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo 001/2007 de 18 de julho de 2007**. Dispõe sobre orientações e critérios para organização do processo negocial e elaboração de pautas. Mesa Municipal de Negociação Permanente. Vitória: 2007b. Disponível em: <<http://hotsites.vitoria.es.gov.br>> Acesso: 04 mar. 2014.

_____. Prefeitura Municipal de Vitória. **Lei 8252 de 05 de abril de 2012**. Institui o Programa de Melhoria do acesso e da qualidade do Serviço de Saúde do Município de Vitória – PMAQ/Vitória. Vitória: 2012. <<http://www.vitoria.es.gov.br>> Acesso: 04 mar. 2014.

_____. Prefeitura Municipal de Vitória. **Decreto 14.551 de 18 de janeiro de 2010**. Regulamenta a Lei 6 752, que institui o Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos. Vitória: 2010. <<http://www.vitoria.es.gov.br>> Acesso: 04 mar. 2014.

_____. Prefeitura Municipal de Vitória. **Lei 6819 de 21 de dezembro de 2006**. Institui a gratificação no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. Vitória: 2006. <<http://www.vitoria.es.gov.br>> Acesso: 04 mar. 2014.

_____. Prefeitura Municipal de Vitória. **Lei 6752 de 16 de novembro de 2006**. Institui o Plano de Cargos Carreiras e Vencimentos dos funcionários do município de Vitória. Vitória: 2006. <<http://www.vitoria.es.gov.br>> Acesso: 04 mar. 2014.

_____. Prefeitura Municipal de Vitória. **Lei Complementar 003 de 03 de dezembro de 2008**. Institui e regulamenta a avaliação especial de desempenho para servidores em estágio probatório. Vitória: 2008. <<http://www.vitoria.es.gov.br>> Acesso: 04 mar. 2014.

ANEXOS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mesa de Negociação Permanente do SUS implantada em um município do Espírito Santo: espaço construção coletiva e reestruturação do processo de trabalho em saúde.

Pesquisador: Elisangela Coco dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34487914.0.0000.5071

Instituição Proponente: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 850.040

Data da Relatoria: 24/09/2014

Apresentação do Projeto:

Mesa de Negociação Permanente do SUS implantada em um município do Espírito Santo: espaço construção coletiva e reestruturação do processo de trabalho em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a participação da mesa de negociação permanente do SUS, implantada no município de Vitória-ES, no processo de reestruturação do trabalho nos serviços de saúde.

- 1) Descrever como ocorre o processo de negociação entre trabalhadores e gestores componentes da mesa de negociação permanente em Vitória-ES;
- 2) Analisar a participação dos representantes (trabalhadores e gestores) ao propor mudanças no processo de trabalho;
- 3) Descrever os processos de reestruturação do trabalho discutidos na mesa de negociação do SUS no município de Vitória-ES.

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.043-900

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)9635-0657

Fax: (27)3335-7446

E-mail: cepucam@gmail.com