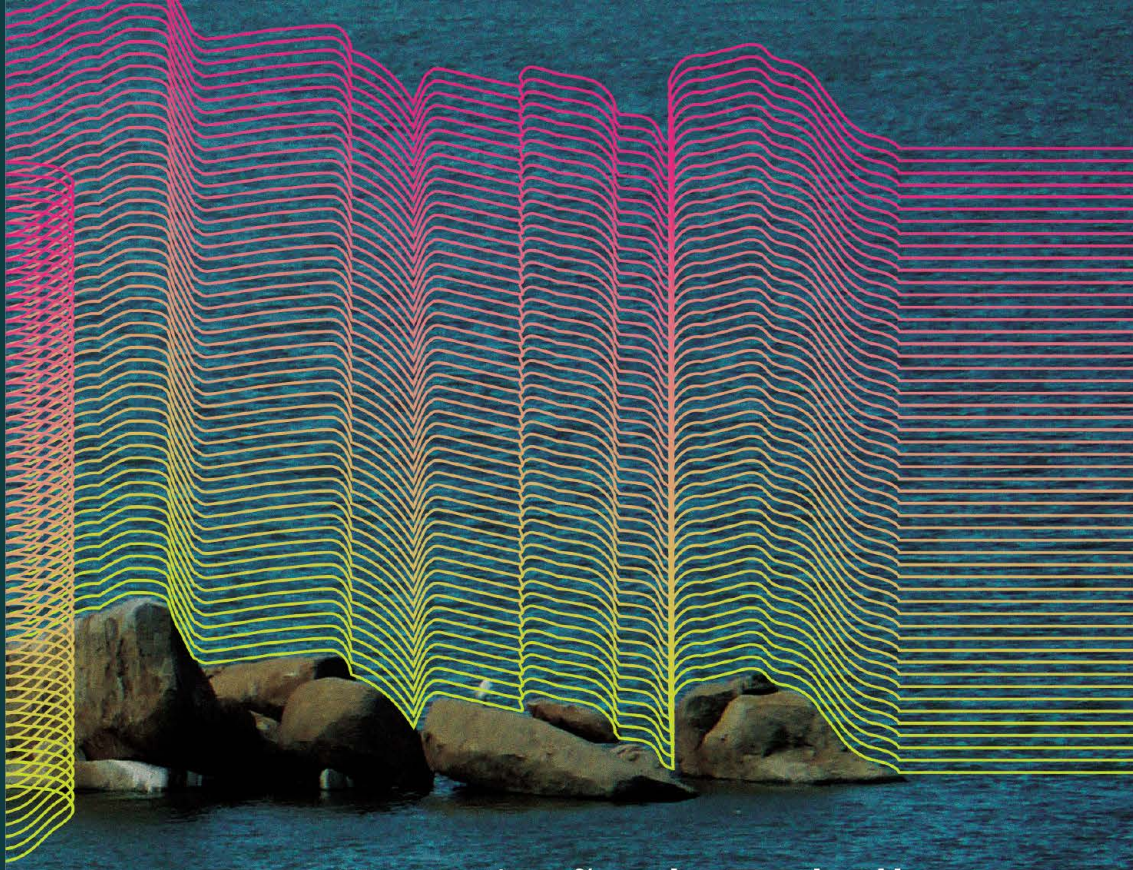


Negociação do Trabalho no Sistema Único de Saúde

Janete Lima de Castro
Rafael Rodolfo Tomaz de Lima
(Organizadores)

Una

Seminare | 7

Negociação do Trabalho no Sistema Único de Saúde

Conselho editorial: Janete Lima de Castro; Rosana Lúcia Alves de Vilar;
Lenina Lopes Soares Silva; José Paranaguá de Santana;
Cristiane Scolari Gosch.

Supervisão editorial e planejamento visual: Una

Editoração eletrônica: Ivana Lima

Revisão de originais: Nelson Patriota

Normalização de originais: Margareth Régia de Lára Menezes

Foto da capa: Eziram Ortsac

Negociação do Trabalho no Sistema Único de Saúde

Janete Lima de Castro
Rafael Rodolfo Tomaz de Lima
(Organizadores)

Una

Catalogação da publicação na fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede.
Catalogador: Margareth Régia de Lára Menezes - CRB15/337

Negociação do trabalho no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]/
organizadores Janete Lima de Castro, Rafael Rodolfo Tomaz de Lima.
– Natal, RN: Una, 2017.
202 p.- (Seminare; n. 7)

Modo de acesso: <http://www.observatoriorh.ufrn.br>
Editado originalmente em formato impresso

ISBN 978-85-60036-37-0

1. Saúde pública. 2. Trabalho. 3. Negociação. 4. Sistema Único de Saúde.
I. Castro, Janete Lima de. II. Lima, Rafael Rodolfo Tomaz de. III. Série.

RN/UF/BCZM CDD 610
CDU 614

Sumário

Apresentação *11*

Prefácio *13*

A negociação coletiva no âmbito do Sistema Único de Saúde *17*

A importância do diálogo social como estratégia de política pública na saúde: a experiência brasileira entre 2003 e 2015 no Governo Federal *40*

Reflexões e construções sobre o Sistema Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde *57*

A negociação coletiva e a democratização das relações de trabalho no setor saúde *89*

Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde: seus desafios e avanços na perspectiva de conquistas coletivas *116*

As disputas em torno da Mesa *130*

Mesa Permanente de Negociação de Goiânia: trajetória e desafios à consolidação *157*

A produção científica acerca da negociação coletiva do trabalho em saúde no Brasil *175*

Sobre os autores *198*

APRESENTAÇÃO

Este livro trata de um dos temas mais espinhosos da Gestão do Trabalho em Saúde: a gestão de conflitos nos serviços que constituem o Sistema Único de Saúde. Tema árduo, sem dúvida, considerando que ele envolve questões de poder, compreendendo este como um exercício nas instituições e como uma estratégia que está em todas as relações. Nesta publicação, a gestão de conflitos é tratada no cenário das Mesas de Negociação do Trabalho em Saúde, entendendo tal cenário como um espaço de articulação e de acordos entre trabalhadores e gestores.

Decidir por esta publicação teve como pressuposto que a complexidade da gestão do Sistema Único de Saúde demanda a necessidade da prática da negociação, tendo em vista superar as práticas autoritárias que costumam provocar ou exacerbar os conflitos que trazem baixa produtividade, má qualidade dos serviços de saúde, frustração dos trabalhadores e insatisfação dos usuários. Nesse sentido, espera-se que os artigos aqui apresentados tenham utilidade para a gestão do SUS.

A publicação deste livro faz parte de uma série de atividades que compõem o Projeto Apoio à Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nas

Regiões Norte e Centro-Oeste. Este projeto é resultado de parceria estabelecida entre o Observatório de Recursos Humanos, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho (DEGERTS), da Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde (SGETES), do Ministério da Saúde.

Janete Lima de Castro
Coordenadora do ObservatórioRH-UFRN

PREFÁCIO

Este livro surge num momento singular, com retrocessos civilizatórios que clamam por diálogo, negociação, projetos coletivos. Estes são processos que se manifestam no plano macropolítico, mas que reverberam a sintonia do domínio da micropolítica, o universo das instituições e das práticas sociais. Quando observamos o mundo do trabalho, particularmente no setor saúde, nos vemos diante de um conjunto de interesses contraditórios, mas nem sempre antagônicos; de conflitos que podem ser superados, mediante uma cultura dialógica de busca de consensos. Mesmos que provisórios, estes consensos constituem o potencial de uma gestão efetiva e democrática. Este livro trata de experiências de gestão do trabalho em saúde, que vêm sendo desenvolvidas no âmbito do SUS; experiências de negociação entre os diversos atores implicados que trazem contribuições enriquecedoras para a organização dos processos organizativos, das práticas de saúde e da tomada de decisões.

Recebi o convite para escrever o prefácio deste livro com muita satisfação. Em função de minha atuação no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFRN, que coordenei em algumas oportunidades, pude acompanhar o

desenvolvimento do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, que integra a Rede ObservaRH no Brasil e a Rede Intercontinental Observatório de Recursos Humanos em Saúde, articulada por iniciativa da OPAS/OMS. Este Observatório foi criado em 2001 e, sob a liderança da prof[a]. Janete Castro, se consolidou como grupo em torno do projeto de difundir conhecimentos e informações sobre política, gestão e capacitação de pessoal no campo da Saúde Coletiva. Tendo como sua linha diretriz produzir ações de pesquisa, extensão, ensino e comunicação na subárea de "Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do SUS", esta equipe conseguiu firmar-se a nível local e nacional, com algumas incursões a nível internacional.

O livro reúne textos que foram produzidos a partir de pesquisas e pequenas investigações sobre a temática geral da "Negociação do Trabalho entre os Atores do SUS" e documenta várias experiências e reflexões, que incluem: a produção científica sobre a negociação coletiva do trabalho em saúde no Brasil; a importância do diálogo social como estratégia de política pública; o processo de implementação do "Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS" e das "Mesas de Negociação Permanente", implantadas em alguns estados brasileiros como instrumento de gestão; as relações imprescindíveis entre democratização das relações de trabalho e negociação coletiva.

Neste campo polifônico onde personagens diversos atuam na busca da maximização dos seus objetivos, interesses e expectativas no interior do sistema de saúde, se ressaltam os conflitos e a necessidade de um diálogo propositivo que rompa o imobilismo frequente em instituições burocratizadas, inflexíveis e impermeáveis às necessidades de saúde da

população. Um dos capítulos do livro é dedicado a essas disputas em torno das Mesas de Negociação, onde os atores se relacionam, se comunicam, se aliam, se enfrentam, tentando encontrar soluções para os problemas de gestão que estão colocados em debate no cenário da saúde. Soluções que às vezes representam avanços importantes, mas podem também constituir-se como obstáculos, ou ainda como artefatos do inesperado.

Neste momento de grandes incertezas e ambiguidades, os autores apostam no diálogo e na democracia como possibilidades para a gestão eficiente. Nesse sentido, convido os leitores à leitura e à reflexão sobre as experiências que este livro apresenta. O que está em debate são os mecanismos e a cultura de negociação, sua institucionalização, seus impasses e possibilidades.

Maurício Roberto Campelo de Macedo
Professor Titular de Saúde Coletiva da UFRN.
Doutor em Saúde Pública.

A negociação coletiva no âmbito do Sistema Único de Saúde

Tatiana Maria Souza Santos
Maria da Graça Luderitz Hoefel

INTRODUÇÃO

O emprego da negociação como meio de construção de acordos em torno de situações divergentes pode ser encontrado nas mais distintas áreas do conhecimento, com maior expressão nas relações comerciais, na administração de pessoas, no exercício sindical, no direito trabalhista e, mais recentemente, na área da gestão do trabalho.

Ainda que haja uma polissemia em torno do conceito, a ideia central gira em torno do entendimento da negociação como uma atividade ou processo por meio do qual as pessoas, segmentos, grupos, instituições, dentre outros, possuem interesses ou compreensões divergentes sobre determinado objeto, mas que por meio do diálogo estão predispostas a chegar a um comum acordo.

Neste texto, a abordagem de principal interesse é a da aplicação da negociação como ferramenta de gestão do trabalho, utilizada no tratamento dos conflitos decorrentes das relações entre trabalhadores e empregadores, passando a ser caracterizada como Negociação Coletiva.

A negociação coletiva de trabalho é um mecanismo autocompositivo de resolução de conflitos, por meio do qual empregadores e trabalhadores, estes geralmente representadas pelos sindicatos de suas categorias, estabelecem contatos e conversações entre si, com o objetivo de solucionar as divergências dos interesses coletivos (CAMPANER, 2011).

Na Convenção 154 da Organização Internacional do Trabalho (1981, p.2) a negociação coletiva é definida como:

> Todas as negociações que tenham lugar entre, de uma parte, um empregador, um grupo de empregadores ou uma organização ou várias organizações de empregadores, e, de outra parte, uma ou várias organizações de trabalhadores, com o fim de fixar as condições de trabalho e emprego, regular relações entre empregadores e trabalhadores ou regular as relações entre os empregadores ou suas organizações e uma ou várias organizações de trabalhadores, ou alcançar todos estes objetivos de uma vez.

A convenção coletiva de trabalho surgiu na Grã-Bretanha, a partir de 1824, entretanto, os dois primeiros países que legislaram sobre o tema foram a Holanda, em 1909, e a França, em 1919, tendo a lei francesa servido como modelo para o Decreto Legislativo nº 21.761, assinado por Getúlio Vargas, em 23 de agosto de 1932, instituindo a Convenção Coletiva de Trabalho no Brasil (GUNTHER; GUNTHER, 2011).

O referido Decreto tem sua relevância por ter instituído, mesmo que implicitamente, a prática da negociação coletiva entre trabalhadores e empregadores no Brasil. No entanto, a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 é considerada como principal marco histórico no reconhecimento da negociação coletiva como espaço de identificação e resolução dos conflitos nas relações de trabalho, ao dar relevância aos acordos e às convenções coletivas de trabalho, reconhecendo esses instrumentos normativos, que resultam da negociação coletiva, como mecanismos de elaboração de normas jurídicas pelos próprios sujeitos interessados (TEIXEIRA, 2007).

No entanto, apesar dos inegáveis avanços propiciados pela CF/1988 para o conjunto de trabalhadores, o texto constitucional estabelece importante diferença entre os trabalhadores dos setores público e privado quanto ao direito à negociação coletiva. Pois, até assegura aos servidores públicos civis o direito à livre associação sindical e, a partir da Emenda Constitucional n.º 19, promulgada em 5 de junho de 1998, estabelece o direito à greve nos termos de lei específica.

Apesar disso, a Lei Maior não faz referência explícita à negociação coletiva envolvendo servidores públicos, nem estende a esses servidores o direito ao reconhecimento das convenções e acordos de trabalho. Situação que desfalca o tripé que dá sustentação ao Direito Sindical, que é composto pelo sindicato (organização sindical), direito de greve e negociação coletiva. Considerando que a ausência de qualquer um desses pilares compromete o pleno exercício do Direito Sindical (DAU, 2005).

Ainda assim, apesar de não ter havido reconhecimento explícito do direito à negociação coletiva aos servidores públicos na CF/1988, as outras garantias trabalhistas contribuíram para uma franca expansão no número de entidades sindicais dispostas a representar esse segmento de trabalhadores, impulsionando o debate sobre a negociação coletiva na administração pública e, consequentemente, sobre a criação de mecanismos que permitissem sua materialização (NOGUEIRA, 2005).

O processo de organização sindical dos trabalhadores da administração pública foi forjado à luz do movimento denominado Novo Sindicalismo. Esse movimento surgiu entre os anos de 1970 e 1980, ainda em meio à repressão da ditadura militar, em questionamento à atuação burocrática e

assistencialista, à qual tinha se resumido a ação sindical após o Golpe de 1964 (COSTA, 2005; MEIRELLES, 2006).

Além da crítica à estrutura sindical corporativista e tutelada pelo Estado, esse novo sindicalismo possuía fortes bases ideológicas influenciadas pelas alas progressistas da igreja católica e por movimentos de esquerda que se reerguiam.

Assim, como pano de fundo das reivindicações salariais e melhores condições de trabalho, havia a luta por autonomia, com desvinculação dos sindicatos da tutela do Estado; pela redemocratização do Estado, com o fim do regime militar e pela retomada dos direitos civis e políticos cassados (COSTA, 2005)

Esse sindicalismo combativo era pautado pelo reconhecimento do conflito nas relações sociais, na democracia sindical; na capacidade de articular interesses setoriais com questões gerais dos trabalhadores; na organização dos trabalhadores, a partir do seu local de trabalho; no envolvimento, conscientização e mobilização dos trabalhadores; enfim, na luta pela plena cidadania dos trabalhadores (BRAGA, 2002)

As grandes greves ocorridas no final da década de 1970 e a criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT) em 1983 são consideradas marcos da atuação desse novo sindicalismo. Houve ainda a ativa participação dos trabalhadores na Assembleia Nacional Constituinte, responsável pela formulação da Constituição de 1988, a qual assegurou o direito de greve e de livre organização sindical dos trabalhadores do serviço público (BRAGA, 2002; COSTA, 2005; DAU, 2005; MEIRELLES, 2006)

Importa destacar que, embora grandes movimentos grevistas nos anos de 1970 e 1980 estejam associados ao novo sindicalismo, a negociação coletiva com direito a representação nos locais de trabalho, também fazia parte da bandeira

de luta desse movimento. De modo que, na medida em que os processos de negociação coletiva são incorporados ao local de trabalho, as greves passam a ser substituídas pelos acordos coletivos (MEIRELLES, 2006).

O novo sindicalismo teve importante contribuição no debate sobre a negociação coletiva no setor público, e, mais especificamente, no âmbito do SUS. Tendo em vista a ativa participação dos trabalhadores no movimento da reforma sanitária, responsável pela construção da base ideológica utilizada na formulação do SUS.

As primeiras experiências de negociação sindical no setor público surgiram ainda na década de 1980, provavelmente impulsionadas por esse novo sindicalismo. Tem destaque a experiência do Sistema Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho no Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), por esta ser considerada pioneira, tanto para a administração pública, quanto para a saúde pública, salientando que teve início antes mesmo da criação do SUS (CRUZ, 2001; COSTA, 2005; MEIRELLES, 2006).

Os processos de negociação do trabalho no IAMSPE começaram em 1983, embora a institucionalização desses processos tenha se dado em 1990, por meio da formalização, junto ao Ministério do Trabalho, do Sistema Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho e do Acordo Coletivo de Trabalho como instrumentos contratuais de trabalho, negociados entre trabalhadores e gestores do Instituto (CRUZ, 2001).

A iniciativa estabelece um paradigma para as relações de trabalho no setor público, ao construir conceitos políticos que servem de orientação aos trabalhadores e gestores nos processos de negociação. A experiência se constituiu em uma referência para a introdução, no âmbito do SUS, de uma

eficiente ferramenta para lidar com os conflitos decorrentes do processo de trabalho na saúde (CRUZ, 2001).

É nesse contexto, que surge a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), em atendimento à demanda das entidades sindicais representantes dos trabalhadores da saúde e membros do Conselho Nacional de Saúde pela criação de um espaço de diálogo específico para questões referentes às relações de trabalho (SILVA, 2012).

Militão (2011) destaca a iniciativa dos trabalhadores nesse processo, ao observar que a aprovação da proposta para implantação de Mesa Permanente de Negociação, abrangendo todos os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, surgiu durante o 3º Congresso Nacional da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (CNTSS). Iniciativa que foi amplamente debatida e apoiada por entidades sindicais do setor (MILITÃO, 2011).

Criada por meio da resolução n.º 52 do Conselho Nacional de Saúde, em 06 de maio de 1993, a Mesa Nacional do SUS serviu de inspiração para diversas experiências de negociação coletiva no âmbito do SUS e até em outras áreas da administração pública, a partir do seu modelo de organização e metodologia de funcionamento (BRASIL, 1993).

Nesse sentido, ainda no início da década de 1990, foram intensos os debates sobre a necessidade de fomento à instalação de mesas de negociação nos estados e municípios. O movimento sindical, o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) assumiram o protagonismo desse processo (BRASIL, 2011).

A resolução de número 111/94 do Conselho Nacional de Saúde, que propõe aos estados e municípios a instalação de

mesas de negociação, à semelhança da Mesa Nacional, é um produto dessa articulação (BRASIL, 1994).

No entanto, nos anos 1990, nem a Mesa Nacional muito menos a resolução 111/94 do CNS obtiveram os resultados esperados. Depois de sua criação, a Mesa funcionou de maneira intermitente com longos períodos de inatividade, sendo reinstalada pela segunda vez em julho de 1997 e, sem conseguir manter a frequência das reuniões, foi mais uma vez desativada (BRASIL, 2003). Segundo Machado (2006), o processo de inanição ao qual foi submetida a Mesa Nacional na década de 1990 foi fruto da total falta de vontade política do governo federal da época em estabelecer o diálogo social.

Vale resgatar que mesmo durante o período de funcionamento intermitente, a Mesa Nacional foi protagonista de importante processo para a estruturação do campo da Gestão do Trabalho no SUS. Em articulação com a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do CNS, a MNNP-SUS participou ativamente da elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), documento que até os dias atuais, segue como referência para a gestão do trabalho do SUS (BRASIL, 2000; MILITÃO, 2011).

A NEGOCIAÇÃO COLETIVA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

A década de 1990 possibilitou poucos avanços nas relações entre trabalhadores e gestão e para o próprio trabalho no SUS, em verdade, estudos apontam para retrocessos como a flexibilização dos vínculos, a terceirização, a precarização e a desregulamentação do trabalho, dentre outros, cujos efeitos são perceptíveis até os dias atuais (MACHADO, 2006; NOGUEIRA, 2006).

Em 2003, o debate em torno da democratização das relações de trabalho, no âmbito do SUS, ganha força e a pauta da negociação coletiva volta a ter destaque. Esse movimento foi impulsionado pela aposta do Governo na participação social como método democrático de gestão, investindo na criação e no fortalecimento dos espaços de diálogo social (DAU, 2005).

De acordo com Fernandes Filho (2008), a criação do Fórum Nacional do Trabalho, por meio do Decreto n.º 4796 de 2003, com o objetivo de promover o diálogo e a negociação entre trabalhadores, empregadores e governo sobre questões referentes às reformas sindicais e trabalhistas, ambas pautadas pelo princípio da democratização das relações de trabalho e na necessidade de adequação da legislação trabalhista às demandas impostas pelo desenvolvimento do país, é uma forte evidência dessa aposta.

No contexto da Saúde, esse marco histórico é sucedido por importantes acontecimentos. A diretriz da democratização das relações de trabalho se soma a uma evidente preocupação com a situação do conjunto de trabalhadores brasileiros, incluindo os da saúde. Os primeiros efeitos dessa mudança de perspectiva no âmbito do Governo Federal são percebidos, ainda em 2003, nas outras esferas de governo.

Em abril de 2003, durante seu XIX Congresso, o CONASEMS assumiu o compromisso com o reconhecimento da gestão de pessoas e a democratização das relações de trabalho como eixo central e prioritário da atuação das três instâncias gestoras do SUS, compromisso registrado em documento conhecido com a "Carta de Belo Horizonte" (BRASIL, 2003c).

Já o CONASS, em julho do mesmo ano, por meio do documento conhecido com a Carta de Sergipe, definiu como uma de suas prioridades, a discussão das questões referentes às políticas de recursos humanos para saúde, apoiando a constituição das Mesas de Negociação como fóruns privilegiados de discussão dessas questões (Carta de Sergipe, 12 de julho de 2003) (BRASIL, 2003c; BRASIL, 2005).

Ainda em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) reafirmando o compromisso do novo Governo com a pauta do fortalecimento das políticas de gestão do trabalho e de valorização dos trabalhadores. Com a criação da SGTES, o Ministério da Saúde assume de modo efetivo o papel de gestor federal da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação no âmbito do SUS (MACHADO, 2006).

Coadunando com o movimento de criação da SGTES, em novembro de 2003, por meio da resolução do CNS nº 330, o Ministério da Saúde passou a aplicar o documento denominado de "Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)", como a Política Nacional de Gestão do Trabalho no âmbito do SUS (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003a)

Atualmente, a SGTES possui três departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão

de Profissionais de Saúde (DEPREPS) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Sendo de responsabilidade deste último a proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão e regulação do trabalho em saúde, em todo o território nacional (BRASIL, 2014).

O DEGERTS também tem como responsabilidade viabilizar a negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores, objetivando estruturar uma efetiva política de gestão do trabalho nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo assim para a melhoria e humanização do atendimento de seus usuários. (BRASIL, 2016).

Foi a partir deste cenário político mais favorável, que a Mesa de Negociação do SUS foi reinstalada pela terceira vez na 131ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, em 04 de junho de 2003, iniciativa ratificada por meio da resolução nº 331 de 04 de novembro de 2003, desse Conselho (BRASIL, 2003a; 2003b).

Desde então, a Mesa Nacional passou a estar vinculada à SGTES, tendo suas atividades coordenadas pelo DEGERTS, numa perspectiva de integração das pautas de Gestão do Trabalho às negociações realizadas na Mesa.

Visando oferecer condições para o efetivo funcionamento da Mesa Nacional, foi constituída a Secretaria Executiva da MNNP-SUS, a qual se encontra vinculada ao DEGERTS e que tem como principal objetivo dar o suporte técnico e operacional às atividades da Mesa, tendo como finalidade a articulação e o encaminhamento dos trabalhos e deliberações resultantes das reuniões (BRASIL, 2012).

Além das atividades de apoio ao funcionamento da MNNP-SUS, a Secretaria Executiva da MNNP-SUS vem se constituindo como uma área de referência nas questões relacionadas à democratização das relações de trabalho e negociação coletiva no âmbito do SUS, prestando apoio aos estados e municípios na instalação e fortalecimento de espaços de negociação do trabalho, atuando ainda na articulação política das pautas da MNNP-SUS para dentro e para fora do Ministério da Saúde.

A MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS

De acordo com seu regimento institucional, a MNNP-SUS é um fórum permanente de negociação entre governo, prestadores de serviços e entidades sindicais representantes dos trabalhadores do SUS, que trata sobre todos os temas pertinentes às relações de trabalho em saúde (BRASIL, 2012).

É composta por 28 representantes, garantindo-se a paridade entre as duas bancadas que integram a Mesa: bancada das entidades sindicais nacionais representativas dos trabalhadores. e bancada dos gestores públicos e prestadores conveniados ao SUS. E, juntamente com as Mesas Estaduais, Regionais e Municipais Permanentes do SUS que forem criadas, integram o Sistema Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – SiNNP-SUS (BRASIL, 2012).

Vale a pena observar que, ainda que em sua definição regimental a MNNP-SUS se apresente como espaço de discussão dos temas referentes às relações de trabalho, o seu protagonismo no processo de formulação da NOB/RH, inaugurou uma perspectiva ampliada da negociação coletiva para a gestão do

trabalho no âmbito do SUS, legitimando o dispositivo "mesa de negociação" enquanto espaço privilegiado de cogestão para a implementação das políticas públicas de saúde, o que pode ser observado a partir do fragmento da NOB/RH-SUS a seguir:

> Para a implementação da NOB/RH-SUS, para a sua adequação às necessidades do Sistema Único de Saúde e para efetivar a Gestão do Trabalho no SUS, será observado o princípio da participação bilateral e paritária, com processo de gestão democrática, organizando-se "colegiados gestores" entre os trabalhadores e gestores/prestadores de serviços de saúde conveniados ou contratados, formalizados pelas Mesas de Negociação (BRASIL, 2000, p. 26).

A ampliação dos temas propostos para o debate fica evidenciada a partir da comparação das resoluções de sua criação, em 1993, e de reinstalação em 2003(46) (54). Observa-se que, a partir de 2003, houve a priorização de grandes temas da gestão do trabalho. Essas diferenças podem ser observadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Temas para negociação na MNNP-SUS a partir de resoluções do CNS

Resolução nº 052, de 06 de maio de 1993	Resolução nº 331, de 04 de novembro de 2003
1. Salário: reposição, reajuste, isonomia; 2. Jornada de trabalho SUS; 3. Carreira de Saúde; 4. Direitos e conquistas sindicais nas reformas de estrutura no SUS; 5. Mecanismos de gestão de Recursos Humanos no SUS.	1. Plano de Cargos e Carreira da Saúde – PCCS (Carreira/SUS); 2. Formação e Qualificação Profissional; 3. Jornada de Trabalho no SUS; 4. Saúde do Trabalhador da Saúde; 5. Critérios para Liberação de dirigentes para exercer mandato sindical; 6. Seguridade de Servidores; 7. Precarização do trabalho, formas de contratação e ingresso no Setor Público; 8. Instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação; 9. Reposição da força de trabalho no SUS.

Fonte: Resoluções 052/1993 e 331/2003 do Conselho Nacional de Saúde.

No entanto, é preciso relativizar e considerar que tais resoluções ocorreram em contextos muito diferentes, e que houve um sensível amadurecimento sobre o papel da negociação coletiva no âmbito do SUS, no decorrer dos 10 anos que separam os documentos.

No momento de sua criação, a Mesa era uma das primeiras experiências de negociação coletiva no âmbito da administração pública, de modo que, o processo foi fortemente influenciado pela prática da negociação desenvolvida no setor privado.

A resolução publicada em 2003 praticamente duplicou o quantitativo de temas, colocando foco nos grandes desafios da gestão do trabalho, denotando a incorporação da perspectiva ampliada da negociação coletiva como instrumento de gestão do trabalho no SUS e consolidando a Mesa de Negociação como espaço legítimo de democratização das relações de trabalho e de gestão compartilhada das políticas de gestão do trabalho no SUS.

Vale destacar que, partir 2003, a MNNP-SUS incorporou o caráter permanente em seu funcionamento, o que pressupõe o reconhecimento de que os conflitos são inerentes às relações de trabalho, de modo que, são necessários mecanismos permanentes para a prevenção e o tratamento desses conflitos. Desde então, a Mesa Nacional vem funcionando ininterruptamente, e é reconhecida como a experiência mais exitosa e mais duradoura de negociação coletiva no âmbito da administração pública. Apesar da ausência de base legal definida, este espaço de negociação agrega importante valor político e social ao estabelecer um processo democrático e participativo que envolve trabalhadores e gestores do SUS (DAU, 2005; MILITÃO, 2011).

A MNNP-SUS representa um avanço nos processos de negociação das relações de trabalho no SUS, ao considerar que esse espaço contribui para a democratização das relações entre gestores e trabalhadores, viabilizando o diálogo, a negociação e a construção de consenso em torno de interesses

divergentes, além de possibilitar a institucionalização da participação e negociação como prática da gestão (DAU, 2005; MILITÃO, 2011).

Em dezembro de 2015, a MNNP-SUS realizou a sua 71ª Reunião Ordinária. De 2003 a 2015, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS formulou e pactuou nove protocolos. Esses protocolos são documentos que formalizam as decisões pactuadas na Mesa de Negociação do SiNNP-SUS, registrando, expressamente, tudo aquilo que as partes acordaram (BRASIL, 2014).

Os três primeiros dizem respeito à organização e ao funcionamento da Mesa Nacional, às orientações para instalação de mesas estaduais e municipais e à criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS – SiNNP-SUS, respectivamente. Os demais versam sobre temas centrais para a Gestão do Trabalho, tais como: PCCS, cessão de trabalhadores, promoção à saúde do trabalhador da saúde, educação permanente, trabalho decente no SUS, dentre outros.

Os protocolos da MNNP-SUS têm como principal objetivo apresentar diretrizes aos gestores e trabalhadores para a implementação das políticas de Gestão do Trabalho no SUS, contribuindo assim para a melhoria das condições do trabalho, valorização dos trabalhadores e, consequentemente, para a qualificação das ações e serviços de saúde oferecidos à população. Os nove (9) protocolos pactuados pela MNNP-SUS estão relacionados no Quadro 2.

Quadro 2 – Protocolos da MNNP-SUS

Nº	TEMAS
001/2003 (revisado em 2012)	Regimento Institucional da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNNP-SUS.
002/2003	Instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS.
003/2005	Dispõe sobre a criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS – SiNNP-SUS.
004/2005	Aprova o Processo Educativo em Negociação do Trabalho no SUS e institui diretrizes para sua execução.
005/2006	Dispõe sobre orientações, diretrizes e critérios para aperfeiçoar procedimentos de cessão de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
006/2006	Aprova as "Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS".
007/2007	Dispõe sobre a implementação da política de desprecarização do trabalho no SUS junto às Mesas e Mecanismos de Negociação no SUS.
008/2011	Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS.
009/2015	Institui as diretrizes da Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do Sistema Único de Saúde – ANTD-SUS.

Fonte: Elaboração das autoras.

Um aspecto que precisa ser observado é que as diretrizes pactuadas e formalizadas nos protocolos da MNNP-SUS seguem a mesma lógica das demais políticas formuladas pelo MS, são orientações e sugestões de práticas com vistas à promoção da melhoria das relações e das condições de trabalho pactuadas na esfera federal, mas que devem respeitar o princípio da descentralização e a autonomia político-administrativa de cada ente federativo.

Faz-se importante salientar que o processo de criação da Mesa Nacional se deu em alinhamento com o arranjo organizativo e gerencial do SUS, ao considerar que a descentralização político-administrativa das ações e serviços de saúde também implicou na descentralização da gestão do trabalho. De modo que, a lógica proposta para a negociação coletiva no SUS, além da implantação da Mesa Nacional, previu a existência de espaços de diálogo e pactuação entre gestores e trabalhadores também nos estados e municípios.

De acordo com as informações da Secretaria Executiva da MNNP-SUS, até dezembro de 2015, havia 63 mesas cadastradas no SiNNP-SUS, das quais 42 estavam em atividade, 20 paralisadas e uma sem informação. Observa-se que é um quantitativo bastante aquém do que pode ser esperado, se considerado o total de estados e municípios existentes no território brasileiro.

No entanto, o processo de instalação e funcionamento de uma mesa de negociação é modulado por uma série de fatores que entrelaçam dimensões técnicas e políticas que nem sempre oferecem as condições necessárias para o efetivo funcionamento desses espaços.

Diante do exposto, é possível observar que um dos desafios colocados à consolidação da negociação coletiva como

ferramenta de gestão no SUS perpassa o efetivo funcionamento das mesas de negociação em torno de um sistema integrado, articulado e permanente de negociação, capaz de dialogar com o arranjo organizacional político e administrativo do SUS (SILVA, 2012).

Concluindo, consideramos que, nos locais onde as mesas de negociação existem e estão consolidadas, elas podem atuar como eficazes dispositivos para o aperfeiçoamento da gestão do trabalho no âmbito do SUS. Isso porque valorizam os trabalhadores como sujeitos estratégicos na implementação do sistema e favorecem o pleno exercício do princípio democrático nas relações entre trabalhadores e gestores.

BRAGA, D. G. **Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 52, de 6 de maio de 1993.** Institui a Mesa Nacional de Negociação. Brasília, DF, 1993.

_____. **Resolução nº 111, de 19 de junho de 1994**. Propõe as Mesas Estaduais e Municipais de Negociações. Brasília, DF, 1994.

_____. **Ata de nº 131 da primeira reunião de reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2003. Mimeografado.

_____. **Resolução n.º 330, de 4 de novembro de 2003.** Aplicar "os princípios e diretrizes para a norma operacional básica de recursos humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)" como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2003a.

_____. **Resolução nº 331, de 4 de novembro de 2003**. Reinstala a Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Relatório de gestão da diretoria do CONASS**: atividades e resultados: abril de 2003 a abril de 2005. Brasília, DF, 2005. 112 p.

_____. **A gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, DF, 2011. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático gestão do trabalho em saúde**. Brasília, DF, 2014. (Painel de Indicadores do SUS, v. 6, n.9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho em saúde.** Disponível em: <http://portalsaude.saude. gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/331-sgtes-p/gestao-do-trabalho-raiz/gestao-do-trabalho/l1-gestao-do-trabalho/9474-teste-de-noticia>. Acesso em: 12 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. **Protocolo 002/2003**: protocolo para a instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS. Brasília, DF, 2003c. Disponível em: <http://portalarquivos saude.gov.br /images/pdf/2014/marco/10/protocolo2.pdf>. Acesso em: 12 maio 2016.

_____. **Protocolo 001/2012**: dispõe sobre a constituição da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS), dos seus objetivos, dos princípios e preceitos democráticos sob os quais é regida a Mesa, da estrutura funcional, do caráter deliberativo, do funcionamento e dos procedimentos formais do processo de negociação. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://portalarquivos.saude. gov.br/images/pdf/2014/agosto/21/protocolo-001-2012.pdf >. Acesso em: 12 maio 2016.

CAMPANER, O. C. **Conflitos coletivos de trabalho e formas de solução**. São Paulo: LTr, 2011. 20p.

COSTA, M. D. S. O sistema de relações de trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização atual. **Rev Bras Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, p.111–131, 2005.

CRUZ, E. **Saudações a quem tem coragem** : dez experiências de negociação sindical no setor público. São Paulo: Internacional dos Serviços Públicos - ISP Brasil, 2001.

DAU, D. M. **O desafio do diálogo**: SUS e relações de trabalho no serviço público - avanços e limites da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Secretaria da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Coordenadoria de Controle de Doenças, São Paulo, 2005.

FERNANDES FILHO, H. P. A atuação do movimento sindical junto ao Fórum Nacional do Trabalho. **Soc. estado,** v. 23, n. 2, p. 492-493, 2008. Disponível em: <http://www. scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922008000200014&lng=en& nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2016.

GUNTHER, N. G. da S.; GUNTHER, L. E. A negociação coletiva e o trabalho decente. **Revista online IBRAJUS,** 2011. Disponível em: <http://www.ibrajus.org.br/revista/ artigo.asp?idArtigo=207>. Acesso em: 8 maio 2016.

MACHADO, M. H. **Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cad. de RH Saúde, v. 3, n.1). p.13–28.

MEIRELLES, D. F. **Negociação coletiva no local de trabalho**: a experiência dos metalúrgicos do ABC. 2006. 265 f. Dissertação (Mestrado em Direito do Trabalho) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

MILITÃO, J. B. dos S. **A negociação coletiva do trabalho no SUS.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

NOGUEIRA, A. J. F. M. **Relações de trabalho no setor público**. [2005]. Disponível em: < http://www.pucsp.br/eitt/downloads/III_Ciclo_Arnaldo_Nogueira.pdf >. Acesso em: 8 maio 2016.

NOGUEIRA, R. P. ; PIOLA, S. F. ; VIANNA, S. M. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. **Serviço Social e sociedade,** v. 87, 147-162, 2006.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Fomento à Negociação Coletiva.** Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/node/503>. Acesso em: 25 mai. 2017.

SILVA, N. D. **Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS**: um instrumento de gestão do trabalho na saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

TEIXEIRA, M. C. **A negociação coletiva de trabalho no serviço público**. 2007. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

A importância do diálogo social como estratégia de política pública na saúde: a experiência brasileira entre 2003 e 2015 no Governo Federal

Haroldo Pereira Fernandes Filho

INTRODUÇÃO

Desde 2003, o Ministério da Saúde passou a contar com uma estrutura em sua arquitetura organizacional que refletiu a preocupação com o tema das relações de trabalho no âmbito da saúde para além do já consagrado setor de recursos humanos, que enxergava o trabalhador e trabalhadora da saúde de forma protocolar e distante. A superação desse paradigma veio com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que tem como principal objetivo estratégico contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde.

Esse objetivo se confunde, em grande medida, com a própria missão dessa Secretaria ao ser criada na mesma época, e em decorrência disso, da ascensão ao poder central do país de um partido com matiz trabalhista: articular o trabalho em saúde com políticas permanentes de formação, por meio da participação dos principais interessados, que são os próprios trabalhadores e trabalhadoras. Isso significa que a ordenação da força de trabalho em saúde no Brasil passa a ser feita de forma participativa e dialogada com os profissionais, com os gestores municipais e estaduais e com os próprios usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos Departamentos que compõem essa Secretaria é o Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), criado para contribuir na melhoria das

condições de trabalho e da qualidade de atendimento no SUS. Em diferentes regiões, estados e municípios, isso acontece por meio da construção de mesas e espaços de negociação entre gestores e trabalhadores, do fomento à implantação de planos de carreira e desprecarização do trabalho, além da estruturação e qualificação da área de gestão do trabalho e da educação na saúde.

A expectativa era, então, que a implementação de políticas e ações daquele departamento, pautadas no diálogo com entidades de classe, conselhos de regulamentação profissional e outras instâncias de representação dos trabalhadores da saúde, resultariam no fortalecimento dos processos democráticos no âmbito do SUS, tendo rebatimento direto no aumento da qualidade do serviço prestado pelos profissionais à população. A ideia era de que, se o primeiro contato das pessoas com o SUS se dá por meio de seus trabalhadores, quanto mais qualificados e inseridos em um bom ambiente de trabalho estiverem, melhor será o resultado do seu atendimento. O exercício de uma prática cuidadosa e de uma escuta estratégica dos atores, instituições e entes federados viabilizariam a consolidação da área de gestão do trabalho nos estados e municípios e fortaleceriam, assim, aqueles que são os principais responsáveis para o bom funcionamento do SUS.

Desde sua criação, uma das principais ações empreendidas pelo DEGERTS é o diálogo institucional com os Conselhos de Regulação Profissional da área de saúde. Já no ano de 2004, teve-se o entendimento de que esse diálogo deveria ganhar um escopo de institucionalidade para além das conversas de gabinete que, até então, eram a prática mais comum. Em função disso, foi criada a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) com objetivo de avaliar ações de regulação profissional

e sugerir iniciativas legislativas de regulação profissional da área de saúde, tendo em vista o exercício de novas profissões e ocupações que atendam as demandas da sociedade.

O principal objeto dessa câmara, então, quando da sua criação, foi a formulação de políticas de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde, em articulação com o poder legislativo, sugerindo alteração de leis e estimulando iniciativas legislativas visando atender às necessidades do SUS. Além dos Conselhos de Regulação Profissional da área de saúde, essa câmara era composta por representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Essa Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde funcionou de forma regular até meados do ano de 2012 quando, em função do debate acalorado do Programa Mais Médicos, que terminou por gerar muito tensionamento entre as representações profissionais da área, os debates no âmbito desse espaço se esvaziaram. Durante estes últimos dois anos, as conversas com os Conselhos Profissionais se deram de forma bilateral entre governo e as representações dessas autarquias, fora daquele espaço que havia sido criado com esse propósito.

Outra importante ação do Ministério da Saúde que se deu no âmbito do DEGERTS foi quando a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), inicialmente vinculada à Secretaria Executiva do Ministério, passou a ter a sua coordenação subordinada à estrutura regimental da SGTES, por meio daquele Departamento. A Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), que já tem mais de dez anos, 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.

Esse conjunto de ações, portanto, fez com que SUS fosse considerado em 2013, pelo Diretor-Adjunto do Escritório da Organização Internacional do Trabalho (OIT) no Brasil, Stanley Gacek, como modelo de diálogo social e negociação coletiva a ser seguido por outros países. Ao lembrar que esse princípio é o alicerce fundamental da governança da própria OIT desde 1919, Gacek reforçou a ideia de que uma boa política pública, em qualquer área, deve ser construída de forma pactuada entre os atores que a empreendem, devendo envolver governo, gestores e usuários. Mas de onde vem essa ideia de diálogo social e quando se percebeu a sua importância para a gestão pública?

O DIÁLOGO SOCIAL ENQUANTO POLÍTICA DE GOVERNO[1]

A ideia de diálogo social faz referência à cooperação entre diferentes atores sociais, em especial na arena de debates e discussões que envolvem as representações de trabalhadores, empregadores e governo. Compreende uma extensa variedade de questões, desde as relações de trabalho até os problemas sociais e econômicos mais gerais (ISHIKAWA, 2004).

1 Esta seção do artigo resgata o apanhado teórico sobre a questão do diálogo social da dissertação de mestrado deste mesmo autor, intitulada *"A atuação do movimento sindical junto ao Fórum Nacional do Trabalho"*.

Para além das questões políticas que essa noção envolve, principalmente numa tradição de interpretação marxista do pensamento social, o fato é que esse mecanismo de consulta e, sobretudo, de participação dos atores nas sociedades modernas se torna, cada vez mais, uma prática social consolidada na cultura política contemporânea. A experiência de diálogo social, em diferentes temáticas, pode ser verificada tanto em países de desenvolvimento econômico e social mais consolidado quanto nos países em desenvolvimento, em especial os da América Latina. E são os governos, de uma forma geral, que costumam intervir no processo de diálogo social como atores e, principalmente, como facilitadores de sua implementação. Nesse contexto, essa proposta de interlocução com os atores sociais se inscreve em um processo mais amplo de participação política e social, transformando-se, em grande medida, em políticas públicas implementadas pelos governos e critérios de avaliação de organismos internacionais.

Em muitos países, o diálogo social tem se convertido em um importante componente das práticas do que se considera um bom governo (CASALE; ARRIGO, 2006). Segundo esses autores, o diálogo social tripartite, como meio de formulação de políticas econômicas e sociais, cumpre uma função fundamental no aperfeiçoamento da democracia, da justiça social e da própria economia. A cooperação dos três atores (empresários, governo e trabalhadores) interessados no desenho e implementação das políticas econômicas e sociais facilitaria a criação do consenso, mediante o equilíbrio das demandas de desenvolvimento econômico e da coesão social. O diálogo social, portanto, ofereceria uma oportunidade a esses atores, e também a outros interlocutores, para que participassem na definição de seu próprio futuro. O objetivo dessa

participação e cooperação é facilitar a construção de acordos relativos à criação de riqueza, progresso social e econômico, à seguridade social, à estabilidade e à igualdade, de forma que a combinação de todos esses fatores produza um resultado aceito e referendado socialmente.

A ideia de diálogo ou concertação social se constituiria, então, em um instrumento eficaz para resolver problemas coletivos, mediante a criação de uma estrutura adequada para alcançar soluções viáveis. Em outras palavras, o diálogo social pretende facilitar uma interação que alcance um consenso ou compromisso social entre os distintos interlocutores de uma sociedade, fazendo convergir ações e interesses diversos (ISHIKAWA, 2004).

Aqui cumpre destacar o papel de fomento que a OIT representa nessa questão. Isso se justifica, sobremaneira, porque a OIT é o único organismo internacional que tem em sua composição, definida por seus estatutos e regimentos de criação, uma representação tripartite dos atores sociais. Todo governo, ao tornar-se membro desse organismo, e com isso ter o direito de enviar suas representações aos seus encontros anuais em Genebra, tem de definir, internamente, quais serão seus representantes de governo, de trabalhadores e de empregadores. Isso, em grande medida, força os governos nacionais a pactuar, dentro de sua organização política interna, com as representações sindicais de trabalhadores, além dos organismos de representação política dos seus empresários. Vale a pena, então, traçarmos aqui, muito genericamente, o entendimento de diálogo social compartilhado pela OIT.

A OIT tem uma definição ampla de diálogo social, que reflete a extensa variedade de processos e práticas que se encontram em diferentes países, uma vez que é conveniente não confrontar

alguma espécie de conceituação mais rígida com as práticas verificadas nos países particulares. Segundo uma definição básica, o diálogo social compreende todo tipo de negociações e consultas ou, simplesmente, o mero intercâmbio de informação entre os representantes dos governos, dos empregadores e dos trabalhadores sobre questões de interesse comum relativas às políticas econômicas e sociais. A OIT reconhece formalmente que a definição e o conceito de diálogo social variam em função do país, do período e do objeto propriamente pactuado. Genericamente, no entanto, em seus documentos, esse organismo internacional considera existir, no mínimo, três níveis de diálogo social, conforme o que denominam de "intensidade do diálogo": em um primeiro nível, de "intensidade de diálogo" mais baixa, se encontra o mero intercâmbio de informações; em um nível intermediário, se encontra o que denominam de consulta; já no nível mais alto de "intensidade de diálogo", está a negociação (ISHIKAWA, 2004).

O intercâmbio de informação, que é o nível mais baixo de diálogo social, não implica nenhuma discussão real nem ação sobre as questões colocadas, mas é considerado um ponto de partida fundamental para um processo de diálogo social mais duradouro. Já a consulta, o nível intermediário de "intensidade de diálogo", não é unicamente um instrumento para que os interlocutores sociais compartilhem informações, senão também para que se comprometam com um diálogo mais aprofundado sobre as questões colocadas em discussão. Em que pese a consulta, em si mesma, não levar a tomadas de decisões, estas podem ter lugar como resultado do processo de diálogo. Já a negociação, nível mais alto do termômetro da OIT de "intensidade do diálogo", pode se traduzir, majoritariamente, pela negociação coletiva ou pela concertação

política. A negociação coletiva seria uma das formas mais usadas de diálogo social e se encontra institucionalizada em vários países. Consiste nas negociações que envolvem, de um lado, um empregador ou um grupo de empregadores ou ainda seus representantes e, de outro, os representantes dos trabalhadores, com o fim de determinar os temas relacionados com os salários e as condições de trabalho. No Brasil, já se convencionou chamar esse procedimento de acordo coletivo ou de convenção coletiva de trabalho, expresso mesmo na nossa Consolidação das Leis do Trabalho.

Segundo esses critérios da OIT, uma negociação coletiva satisfatória conduz a acordos coletivos e pode ser resultado de ações de âmbito nacional ou descentralizada nos âmbitos setorial, regional ou mesmo de empresa. A negociação coletiva pode ser considerada um indicador útil para medir a capacidade de um país em implementar o tripartismo em âmbito nacional. Já a concertação política tripartite ou "concertação social" seria, segundo Trebilcock (1994, p.4).

> O pleno florescimento do diálogo social, por meio do qual os representantes dos empregadores, dos trabalhadores e do governo criam um hábito de atuar de um modo concertado com o fim de buscar o consenso para abordar todos os grandes problemas de política econômica e social.

Essa definição de concertação varia segundo os especialistas da matéria. Alguns autores, como Visser (2001), por exemplo, utilizam indistintamente os termos concertação política e diálogo social, e definem concertação, fundamentalmente, como sendo uma plataforma para estabelecer uma compreensão mútua do que se discute entre diferentes atores.

Já para outros autores, como Álvarez (1994), a definição é mais generalista e abrange termos mais amplos como o processo de avançar até o consenso por meio do diálogo entre os interlocutores sociais.

Na área propriamente da saúde, o diálogo social empreendido dá-se de outra forma que não o tripartismo clássico: a partir da consulta e negociação permanente entre gestores do SUS (tanto nos níveis municipal, estadual ou federal) e as representações dos trabalhadores e profissionais da saúde. Tanto no CRTS quanto na MNNP-SUS, o diálogo social é exercido por meio das representações de governo e dos profissionais da saúde, em suas mais diversas categorias profissionais (médicos, enfermeiros, odontólogos, etc...).

O DIÁLOGO SOCIAL (OU A SUA AUSÊNCIA) NA CONFORMAÇÃO DA CULTURA POLÍTICA BRASILEIRA E SEUS REFLEXOS NO GOVERNO FEDERAL

Ao longo dos últimos anos, desde o período da redemocratização, o Brasil conviveu com governos e governantes, dos mais diversos matizes políticos e partidários, que nutriam grande aversão às boas práticas de governança nas suas relações com os servidores públicos e entidades que os representam. Apesar de grau e intensidade diferenciados, os governos que se sucederam na capital da República não tinham como prática política o exercício do diálogo social permanente com os seus funcionários públicos e suas representações.

A falta de diálogo amplo era tanta que a greve, um instrumento usado em todo o mundo como forma de pressão de última instância, quando todos os outros fracassassem,

transformou-se, no país, em mecanismo de pressão para a abertura das negociações entre trabalhadores e governo.

Um dos grandes desafios por parte da gestão pública foi a necessidade de superação desse tipo de relação entre o governo e seus servidores públicos. As entidades sindicais representativas dos servidores – atores centrais no exercício do diálogo social - deveriam ocupar lugar privilegiado na interlocução dos interesses dos seus representados com o novo governo. Essa era a ideia preconizada pelo Governo Federal em 2003, desde a chegada inédita ao poder central do país de um partido fortemente identificado, porque oriundo dele, com o movimento sindical de trabalhadores.

A desconfiança por parte movimento sindical – respaldada por um histórico muito negativo na relação com outras tantas experiências pretéritas – tornava a tarefa mais árdua e desafiadora. Tinham receio de que as negociações seguissem aquele caminho "natural": infinitas rodadas de negociação sem desdobramento prático efetivo que tampouco demonstravam a boa-fé que deve marcar essa relação entre governo e trabalhadores.

O que se sabia, até então, era que o melhor mecanismo para assegurar consultas efetivas aos atores sociais era propiciar espaços permanentes e institucionalizados de debates e discussões que pudessem resultar em ações concretas e políticas públicas de governo.

Além do mais, para êxito de tal iniciativa era imperioso definir e delimitar as atribuições e prerrogativas das diferentes instâncias de diálogo social, de modo que não houvesse sobreposição de funções e objetivos entre os diversos espaços e que, além disso, o poder público pudesse garantir consultas prévias em relação às matérias pertinentes dessas instâncias e colegiados.

Outro mecanismo que garantiria consultas efetivas entre os representantes de funcionários públicos e o governo seria a constituição e, porventura, a consolidação dos que já existissem, daqueles espaços de diálogo social. O ideal seria conduzi-los para que ultrapassassem o mero caráter consultivo, tão comum até aquele período. De uma forma geral, vários dos espaços de concertação social instituídos nos últimos anos assumiram um caráter de discussão deliberativa, inclusive na definição geral de gestão e alocação de recursos financeiros. Basta ver os exemplos do Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (CODEFAT), e do Conselho Curador do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (CCFGTS), ambos vinculados ao Ministério do Trabalho e que mantêm em sua composição, até hoje, representações do governo e das entidades sindicais de trabalhadores e empregadores.

Por que, então, o Governo Federal não poderia ter um espaço permanente de negociação com os seus servidores públicos que tivesse poder de decisão e que não ficasse à mercê do poder de veto e discricionariedade tão típicos dos órgãos de administração fazendária e de planejamento? Por que, então, o governo não poderia contar com mecanismos e procedimentos claros de negociações sindicais, que não se restringissem aos gabinetes e aos *lobbies* de parlamentares e de outras naturezas?

Foi nesse sentido que o atual governo, com o objetivo de fomentar a prática do diálogo social com os seus servidores e as entidades que os representam criou, no âmbito da saúde, espaços institucionais para dar conta desse desafio: tanto a CRTS quanto a MNNP-SUS constituíram-se nos espaços institucionais adequados para criar as condições de um ambiente favorável ao exercício do diálogo social. Destaca-se

que a MNNP-SUS foi constituída ainda na década de 1990, mas somente a partir do ano de 2003 ela passou a contar com reuniões ordinárias regulares. No ano de 2016, a experiência da MNNP-SUS comemorou treze anos de trabalhos ininterruptos pela democratização das relações de trabalho no SUS.

NEGOCIAÇÃO COLETIVA E DIÁLOGO SOCIAL: LIMITES DIANTE DAS VARIAÇÕES POLÍTICAS DO PAÍS

Vale menciona que a relação íntima entre a ideia de diálogo social e os mecanismos de negociação coletiva que, ao fim e ao cabo, tornam-se canais daquele primeiro, na medida em que reúne sob a mesma mesa de negociação representações entre empregadores e trabalhadores.

O esforço de regulamentação da negociação coletiva no setor público por parte do governo brasileiro, com rebatimento para todos os níveis do governo, se ampara em recomendações expressas da OIT, que é uma agência multilateral ligada à Organização das Nações Unidas (ONU), especializada nas questões do trabalho. A OIT foi criada pela Conferência de Paz após a Primeira Guerra Mundial. Sua fundação se deu no ano de 1919 e até hoje mantém a sua sede em Genebra, na Suíça, além de uma rede de escritórios em todos os continentes. Atualmente possui representação paritária de governos dos 182 Estados Membros e de organizações de empregadores e trabalhadores do mundo todo.

As convenções são Tratados Internacionais aprovados pela Conferência Internacional do Trabalho. Aos Estados Membros é facultado aderir ou não à convenção aprovada. No caso de adesão, a convenção passa a ter validade de política de

estado, independentemente de partidos ou governos, tendo que enviar relatórios periódicos à OIT com dados referentes à sua aplicação.

A Convenção nº 151 da OIT versa sobre os direitos de livre organização sindical aos servidores públicos e a realização de negociações coletivas com o poder público. Tem como principal fundamento o princípio de que a paz universal e permanente só pode se basear na justiça social.

A implementação das garantias definidas na Convenção 151 da OIT converge com o aprofundamento da democracia no país, além de avançar na transformação do Estado e contribuir para assegurar direitos essenciais para o pleno exercício da liberdade sindical ao conjunto dos servidores e empregados públicos. Falta ao país a sua ratificação, que significa, em última instância, incorporar em seu ordenamento jurídico aquilo que está preceituado no texto da convenção. Neste sentido, a Convenção 151 é um mecanismo de valorização dos servidores e empregados públicos, estabelecendo espaços de diálogo e avanços na gestão democrática e participativa.

O desfecho da consolidação desses espaços de diálogo social está em aberto, especialmente em função das variações políticas no campo da gestão pública. As alterações de governo têm um enorme potencial para retroceder esse processo de escuta social, na medida em que basta uma orientação política para deixar esses espaços à míngua.

Não necessariamente o esvaziamento desses espaços de diálogo dar-se-á por decreto, extinguindo-o por atos normativos. O risco maior é que esse esvaziamento possa dar-se com o mero descaso por parte dos representantes governamentais, não convocando as reuniões e não atendendo às deliberações daqueles espaços pactuadas.

Isso nos remete a uma questão de fundo que diz respeito à simetria necessária entre os interlocutores de um processo de diálogo. É evidente que em um espaço de concertação social, as condições não são de igualdade para todos os lados, de modo que é fácil perceber uma capacidade maior da bancada do governo de inviabilizar o debate ou deixá-lo no plano meramente de consulta formal. Diante disso, e também diante do atual quadro político brasileiro, a questão que fica é como seria possível exercer um processo de diálogo social em condições de simetria, se a assimetria está institucionalmente fundada e assegurada.

Por fim, cumpre destacar que os limites do diálogo social, de uma forma geral, e aqui especialmente no âmbito da saúde, remete a um debate de consolidação e amadurecimento da própria cultura política de um país e de seus agentes. O esforço necessário e empreendido nos últimos anos pode ser facilmente dirimido se os atores não enxergarem no exercício do diálogo um método que deva ser seguido e almejado.

ÁLVAREZ, O.H. Latin America. In: TREBILCOCK, A. (Org.). Towards Social Dialogue: Tripartite Cooperation in National Economic and Social Policy Making. Geneva: International Labour Office, 1994. Part. 2. cap. 11, p. 335-359. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=a8Y7-AZlE2QC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 17 abr. 2017.

CASALE, G.; ARRIGO, G. **Social Dialogue andgoodgovernance**. Lima: Asociación Peruana de Relaciones de Trabajo/Universidad de Lima, 2006. Exposição apresentada no XIV Congresso Mundial de Relações do Trabalho. Versão preliminar em CD.

ISHIKAWA, J. **Aspectos clave del diálogo social nacional**: un documento de referencia sobre el diálogo social. Ginebra : Oficina Internacional del Trabajo, 2004. Disponível em: <http://guia.oitcinterfor.org/sites/default/files/conocimientos/ aspectos_clave_del_DS_nacional.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2017.

TREBILCOCK, A. Tripartite consultation and cooperation in national-level economic and social policy-making : an overview: introduction. In: _____. **Towards social dialogue**: tripartite cooperation in national economic and social policy making. Geneva: International Labour Office, 1994. Part. 1, cap. 1, p. 3-9. Disponível em: <http://staging.ilo.org/public/libdoc/ilo/1994/94B09_268_engl.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2017.

VISSER, J. Industrial relations and Social Dialogue. In: AUER, P. (Ed.). **Changing labour markets in Europe** : the role and institutions and policies. Geneva: International Labour Office, 2001. p. 184-242.

Reflexões e construções sobre o Sistema Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde

Juli Ferreira de Oliveira
Bruna Alexsandra Rocha da Rosa

INTRODUÇÃO

A negociação se conforma a partir da discussão entre pessoas, grupos ou instituições, onde o objetivo é alcançar um acordo entre as partes, por meio da apresentação de novas ideias, modos diferenciados de realizar a leitura das situações e processos, dando origem às argumentações (GARCIA; FERREIRA, 2008). Sua prática é amplamente difundida na sociedade, fazendo parte do cotidiano das relações. Aplicada ao mundo do trabalho, a negociação pode ser um importante instrumento de gestão e estimuladora do compartilhamento das decisões, contribuindo para a efetivação do pensar e fazer coletivos nos processos de trabalho. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), possui relevante contribuição na efetivação da gestão participativa, democrática e humanizada entre trabalhadores (as) e gestores (as).

A Negociação do trabalho no SUS, aqui tratada, define-se, a partir da conceituação trazida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), como:

> Processo de entendimento para tratar de conflitos e de demandas decorrentes das relações de trabalho no âmbito do SUS. A negociação do trabalho no SUS busca alcançar soluções para os interesses manifestados pelas partes envolvidas na negociação (BRASIL, 2009, p. 24).

Considerando o trabalho na saúde e principalmente no SUS, bem como as especificidades que cercam esse campo,

pode-se pensar no grau de complexidade que a negociação do trabalho possui. As Mesas de Negociação Permanente do SUS representam os espaços formais de negociação do trabalho no Sistema Único de Saúde. Teve como pioneira a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), criada em 1993, por meio da resolução nº 52/1993, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com a finalidade de tratar assuntos referentes às relações de trabalho no SUS, para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

A MNNP-SUS constitui-se como 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. A Constituição Federal, artigos 198 e 199, e na Lei nº 8.080/1990, abre espaços para a negociação por meio da previsão da gestão compartilhada do SUS e da articulação entre o setor público e privado, justificando também a participação desses setores nas Mesas de Negociação (BRASIL, 2013).

Seguindo o modelo da MNNP-SUS, as Mesas de Negociação Permanente do SUS instaladas nos estados, Distrito Federal (DF), municípios e regiões, se mantêm na luta pela democratização das relações de trabalho, valorização do trabalho e do trabalhador do SUS. Além de defender a carreira, o trabalho decente e humanizado, visando melhorar as condições e relações de trabalho e consequentemente a qualidade do SUS nos territórios. Esses objetivos, comuns à maioria das Mesas podem ser potencializados por intermédio do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS).

AFINAL, O QUE É O SiNNP-SUS?

Conforme o protocolo 003/2005, o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS, também chamado de SiNNP-SUS, constitui-se como um conjunto de Mesas de Negociação Permanente, instituídas regularmente, de forma articulada, nos níveis federal, estaduais e municipais, respeitada a autonomia de cada ente político (BRASIL, 2005a). Esse fórum nacional funciona como instância consultiva, de integração, apoio e articulação das mesas de negociação permanente do SUS. Configura-se como sistema por reunir as mesas de negociação como elementos interdependentes, conforme trazido na conceituação proposta por Bertalanffy[1], onde um sistema seria nada mais do que "um complexo de elementos em estado de interação" e não apenas um aglomerado de partes (VASCONCELOS, 2010).

De acordo com Gomes et al. (2014), sem a relação entre as partes não existe a coesão do sistema. E é nessa perspectiva que o SiNNP-SUS se propõe a fomentar a integração e a articulação das mesas de negociação do SUS, formando uma rede de apoio entre os negociadores (as) que as compõem. Apesar do reconhecimento e valorização das particularidades que existem no campo do trabalho de cada localidade, vale ressaltar que questões comuns podem se repetir nos territórios, levantando a possibilidade de fortalecimento conjunto por meio da troca de experiências e de metodologias de negociação.

1 Biólogo austríaco, criador da teoria geral dos sistemas.

ENTÃO, QUAL O PROPÓSITO DESSE SISTEMA?

O movimento de reconhecimento da necessidade de integração e articulação das mesas de negociação do SUS foi iniciado pela MNNP-SUS. Visto que, além de discutir e negociar as pautas trazidas pelos seus membros, a mesa nacional também é responsável pelo fomento à implantação de mesas de negociação nos estados, DF, municípios e regiões. Associado a isso, o acompanhamento para o fortalecimento e qualificação dos processos de negociação evidenciou a repetição de entraves ligados à negociação nos diferentes territórios, relacionados às questões organizacionais do SUS, ao contexto político e às características da gestão local, bem como estratégias de enfrentamento com potencialidade de replicação em outros territórios.

É exatamente nesse ponto de intersecção entre as mesas do SUS, que o SiNNP ganhou e ganha vida e proporção dentro do projeto ético e político da Mesa Nacional. Esse sistema foi instituído no ano de 2005, por meio do protocolo número 3 (três), elaborado e pactuado pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. O protocolo traz ainda a relevância do SiNNP em investir no funcionamento, regulação e comunicação das mesas de negociação do SUS, tendo o objetivo de integrar o processo de negociação nacionalmente (BRASIL, 2005a).

A Figura 1 evidencia alguns elementos essenciais que constituem o SiNNP-SUS. A importância em analisar tais elementos permeia a ideia de reconhecer seus alicerces, a fim de entender o que o torna complexo, especialmente em seu papel de articulador dos espaços e os atores que utilizam a negociação do trabalho para aperfeiçoar o Sistema Único de

Saúde. O gerenciamento do Sistema de Negociação também se potencializa com a identificação daquilo que o compõe.

Nesse sentido, esses vários elementos se reúnem e se tocam corroborando o surgimento e materialização do SiNNP-SUS. As mesas de negociação, utilizando-se dos seus negociadores, que em diálogo trocam experiências, saberes e compartilham suas estratégias de enfrentamento de problemas criam "modos de fazer" e metodologias de negociação que podem ser replicados em outros territórios e, com isso, uma rede de apoio e fortalecimento mútuo. As informações sobre a negociação do trabalho no SUS e sobre as mesas de negociação enriquecem e alimentam o sistema, uma vez que fornecem subsídios que sinalizam sobre as realidades da negociação do trabalho.

Figura 1 – Alguns elementos constituintes do SiNNP-SUS

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base no Protocolo 003/ 2005 da MNNP-SUS (BRASIL, 2005).

Vale a pena chamar atenção para a relevância de conhecer o universo que envolve a negociação do trabalho no SUS, e, consequentemente, as mesas de negociação e o próprio SiNNP-SUS. Para tanto, propõe-se aqui a apresentação breve do diagnóstico das mesas de negociação permanente que, hoje, existem no âmbito do Sistema Único de Saúde.

QUANTAS SÃO E ONDE ESTÃO AS MESAS SiNNP-SUS?

Atualmente, o SiNNP conta com 63 mesas de negociação nas três esferas de gestão do SUS - federal, estadual e municipal, de acordo com dados gerados pelo monitoramento realizado pela Secretaria Executiva da MNNP-SUS.

A Secretaria Executiva da MNNP-SUS foi instituída através do protocolo 001/2003 da MNNP-SUS, e se constitui enquanto equipe técnica do Ministério da Saúde compondo o Departamento de Gestão do Trabalho e da Regulação em Saúde (DEGERTS) /Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Quanto a suas atribuições, compete à Secretaria Executiva da MNNP-SUS prover os meios técnicos e administrativos necessários à realização das reuniões e funcionamento da mesa; secretariar as reuniões; assessorar estados e municípios, no processo de instalação de mesas estaduais, regionais e municipais de negociação do SUS, e auxiliá-las com mediações, quando necessárias, além de outras atribuições outorgadas pela MNNP-SUS registradas em ata.

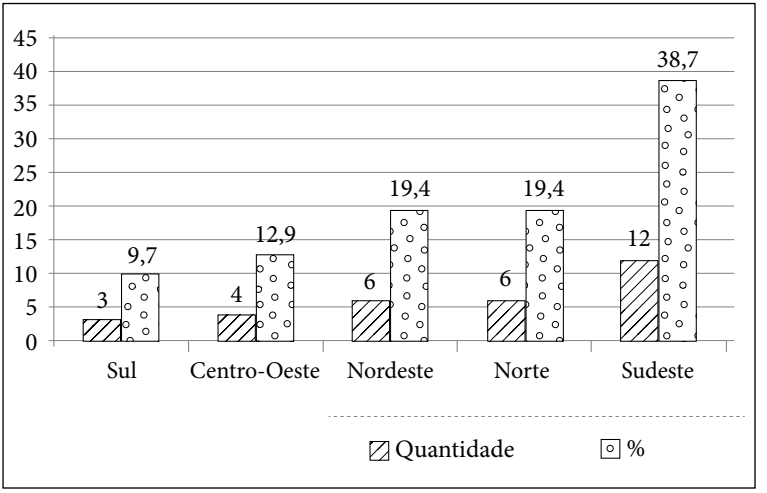
No ano de 2014, a Secretaria Executiva realizou um diagnóstico situacional, tendo a totalidade das mesas como universo de pesquisa. Esse diagnóstico representou a primeira etapa rumo à qualificação da estratégia de monitoramento das mesas de negociação, gerando um retrato da realidade

que envolve essas mesas, de modo a evidenciar potencialidades, lacunas e limites úteis para o planejamento, formulação e readequação das políticas e ações de fortalecimento da democratização das relações e da Gestão do Trabalho no SUS.

Do total das 60 mesas instaladas em 2014, 31 delas responderam ao convite e participaram do diagnóstico, auxiliando no levantamento de dados e na qualificação das informações sobre esses espaços que efetivam a negociação do trabalho no SUS. Seguem abaixo algumas das informações geradas nessa etapa:

O Gráfico 1 mostra que a maior parte das mesas de negociação permanente do SUS estão localizadas na região Sudeste, seguida pelas regiões Norte e Nordeste. Tal fato precisa ser aprofundado, a fim de compreender as formas de organização e as condições sócio-políticas que influenciaram essa diferenciação regional.

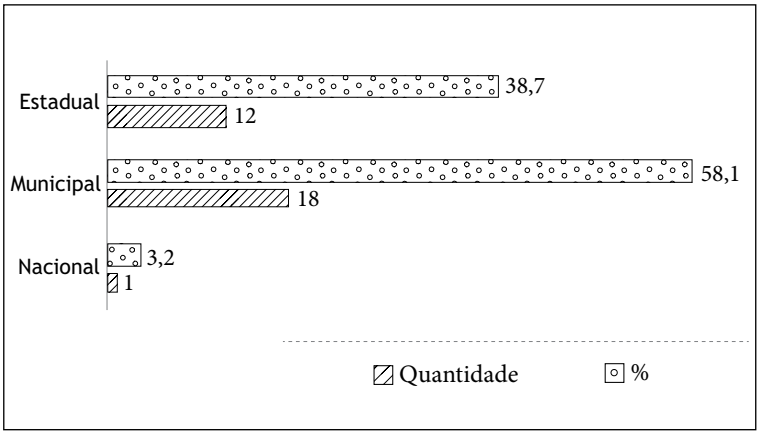
Gráfico 1 – Mesas de Negociação cadastradas por região geográfica



Fonte: Secretaria Executiva da MNNP-SUS (BRASIL, 2014).

O Gráfico 2 revela que 58,1% das mesas de negociação do SUS instaladas estão em âmbito municipal, seguida pelo nível estadual. Isso pode se dar pela diferença quantitativa entre os municípios e as Unidades da Federação, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) compõe o total de 5.570 municípios espalhados em 27 estados.

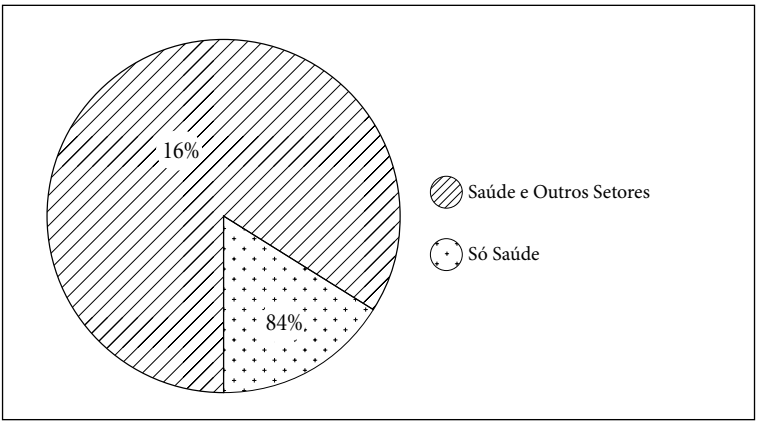
Gráfico 2 – Âmbito territorial das Mesas de Negociação do SUS



Fonte: Secretaria Executiva da MNNP-SUS (BRASIL, 2014).

No Gráfico 3, se observa que 84%, das mesas são conformadas apenas pelo setor saúde e em menor grau envolvendo outros setores. Esse fato pode ser justificado pela complexidade do trabalho intersetorial, quando se trata de pautas exclusivas do trabalhador (a) e do trabalho no SUS.

Gráfico 3 – Âmbito setorial de atuação das Mesas de Negociação do SUS

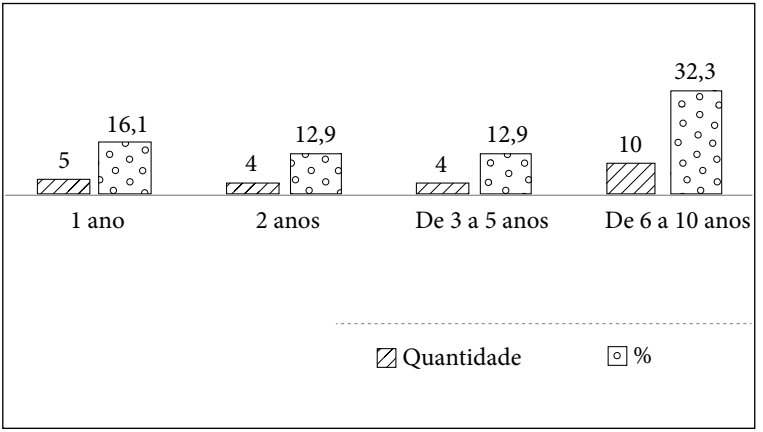


Fonte: Secretaria Executiva da MNNP-SUS (BRASIL, 2014).

É importante refletir sobre o papel da intersetorialidade nos processos decisórios nos estados, municípios e união, considerando a interligação dos diversos setores na gestão pública. Portanto, encontra-se no campo dos desafios o aprofundamento do debate sobre o impacto das parcerias intersetoriais na negociação do trabalho no SUS, podendo gerar interferências positivas ou negativas no nível de autonomia das mesas durante o processo decisório.

O Gráfico 4, a seguir, demonstra que 32,3% das Mesas têm de 6 a 10 anos de instalação. Este dado sugere existir certa experiência no país no que tange não só à instalação dos espaços de negociação, mas também na consolidação e manutenção da articulação política e organizacional em torno da negociação aplicada à gestão do trabalho no SUS. Todavia, se faz necessário seu fortalecimento.

Gráfico 4 – Tempo de instalação das mesas de Negociação do SUS

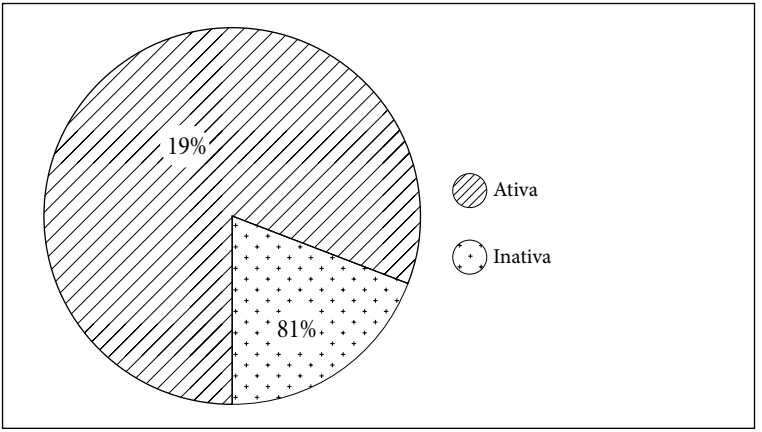


Fonte: Secretaria Executiva da MNNP-SUS (BRASIL, 2014).

No levantamento dos cenários que antecederam a instalação das Mesas de Negociação do SUS, observou-se que a maioria aconteceu por iniciativa dos trabalhadores, pressupondo uma mobilização dessa categoria em prol da criação de espaço de diálogo. Tal inciativa foi seguida pelos gestores, o que sugere uma organização em direção à gestão participativa e à democratização das relações de trabalho no SUS, tendo a mobilização para elaboração de Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) como um dos pontos protagonistas da agenda. Destaca-se que a Lei 8.142/1990 prevê a instalação de Comissões para Elaboração de PCCS, que podem funcionar como embriões das Mesas de Negociação nos estados e municípios.

Do total de mesas de negociação participantes do monitoramento realizado pela MNNP-SUS, 81% estão em funcionamento regular (mesas ativas) e 19% inativas, conforme informa o Gráfico 5.

Gráfico 5 – Situação das Mesas de Negociação do SUS



Fonte: Secretaria Executiva da MNNP-SUS (BRASIL, 2014).

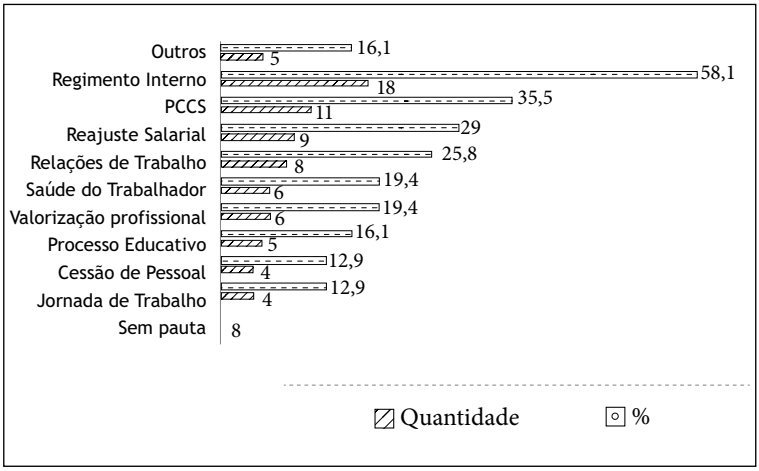
Quando associados ao contexto sociopolítico complexo que envolve os territórios, lócus do processo de negociação, os dados revelados pelo Gráfico 5 evidenciam a permanência dos espaços de negociação do trabalho no SUS, podendo sinalizar avanços na democratização das relações, no aprimoramento da gestão do trabalho, na gestão participativa e democrática nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde.

Ao analisar as pautas da primeira reunião realizada pelas Mesas de Negociação do SUS, nota-se a predominância de discussões sobre o regimento interno, como forma de iniciar a formalização da estrutura e organização do espaço de negociação, etapa que segue a sua instalação legal, como apontado no Gráfico 6.

Vale ressaltar que essa etapa se torna estratégica para a garantia dos acordos firmados pelos negociadores (as) no momento de instalação da mesa, dificultando assim

interferências no processo de negociação movidas por interesses pessoais e diversos.

Gráfico 6 – Pauta de Negociação da primeira reunião das Mesas de Negociação do SUS



Fonte: Secretaria Executiva da MNNP-SUS (BRASIL, 2014).

No campo das pautas acerca da gestão do trabalho, têm sido foco das discussões das Mesas de negociação do SUS, os temas: PCCS, reajuste salarial, relações de trabalho, saúde do trabalhador, valorização profissional, processo educativo, dentre outros. Esses temas constituem o campo da Gestão do Trabalho, sendo ratificados como estratégicos pela sua relevância temática na localidade onde o trabalho é gerido e executado.

Tal fato entra em consonância com as pautas prioritárias postas pelo Ministério da Saúde. Todas elas estão voltadas para o fortalecimento do SUS, por meio da Gestão do Trabalho, entendendo que a participação do trabalhador (a) é essencial para a eficiência e eficácia do sistema de saúde. Nesse contexto, os trabalhadores e trabalhadoras do SUS, compondo a Força de Trabalho, ocupam o lugar de sujeitos estratégicos e agentes de transformação do ambiente de trabalho, do serviço de saúde e do próprio SUS (BRASIL, 2014).

Todas essas temáticas que se constituem objeto de discussão nas Mesas de negociação encontram respaldo legal e impulsão na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), que institui diretrizes e princípios norteadores da política da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. A referida política aponta diversas temáticas de responsabilidade dos três entes de gestão, dentre elas: a instituição de mesas de negociação permanente específicas da saúde, a elaboração, revisão e implementação de PCCS, a garantia da assistência integral à saúde do trabalhador, execução de gestão compartilhada entre o governo e os trabalhadores e a garantia de condições dignas de trabalho, dentre outras (BRASIL, 2005).

Portanto, partindo de informações que reflitam as diferentes vivências da negociação do trabalho nos territórios é possível identificar os aspectos que podem potencializar a eficácia e eficiência das mesas de negociação no SUS, partindo do que já está posto enquanto prática, numa perspectiva de reconhecer limites e potencialidades úteis para a composição das práticas de negociação no âmbito do SUS. Sendo assim, vale destacar a relevância da interligação do monitoramento das mesas de negociação do SUS com o SiNNP-SUS, enquanto

uma fonte de dados essencial para a compreensão da realidade vivenciada pelos negociadores do SUS e o posterior intercâmbio de informações.

POTENCIALIDADES DO SiNNP-SUS

A proposta conceitual do SiNNP-SUS aponta uma série de potencialidades voltadas ao fortalecimento da gestão e da negociação do trabalho, bem como do sistema de saúde, tendo na democratização das relações de trabalho uma estratégia potente para tal fim. Pensar em instituir e fortalecer a negociação dentro da estrutura organizacional do SUS, e por sua vez dentro da administração pública, ainda se coloca como desafio, visto que coexistem diferentes modelos de gestão, que impulsionam ou dificultam as estratégias de democratização e humanização da gestão.

Desse modo, diversos atores sociais envolvidos direta e indiretamente com o contexto da negociação do trabalho no SUS podem ser tocados com os desdobramentos do SiNNP-SUS, podendo com isso aumentar a capilaridade dos resultados e efeitos positivos para o SUS, bem como aprimorar os processos desenvolvidos na localidade onde estão inseridos. Segue no Quadro 1, um breve levantamento desses atores sociais e as possíveis vantagens que envolvem a consolidação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS.

Quadro 1 – Levantamento dos atores sociais e possíveis vantagens que envolvem o SiNNP-SUS

ATORES SOCIAIS:
Trabalhadores (as) e Gestores (as) do SUS e do setor saúde
Entidades sindicais
Conselhos de Saúde
Universidades
POTENCIALIDADES:
Aperfeiçoamento dos processos de negociação do trabalho no SUS
Compartilhamento de experiências de negociação do trabalho
Elaboração de estratégias de resolução de problemas junto ao coletivo de negociadores (as) do SUS (gestores (as) e trabalhadores (as))
Aumento da capacidade de gestão sobre questões que envolvem o trabalho e o trabalhador (a) no SUS
Qualificação dos serviços prestados no SUS
Alcance de metas e prioridades de gestão com a participação ativa dos trabalhadores (as)
Aumento da eficácia, eficiência e coerência das políticas, ações e programas do SUS
Humanização da gestão do SUS, por meio da valorização dos trabalhadores, dos gestores, do trabalho e da democratização das relações de trabalho
Estimulação da cogestão e gestão participativa nos diferentes níveis de gestão do SUS
Aumento da corresponsabilização dos sujeitos envolvidos na política e ações de saúde
Aumento do empoderamento, autonomia, valorização e envolvimento dos trabalhadores (as) com o trabalho no SUS
Melhoria das condições de trabalho no SUS
Fortalecimento de espaços de participação dos trabalhadores, valorizando aqueles que já existem nos locais de trabalho, junto à gestão e ao conselho de saúde, tendo estes como espaços potenciais de apoio da negociação do trabalho no SUS
Elaboração coletiva de estratégias de enfrentamento das disparidades e assimetrias entre os trabalhadores e trabalhadoras do SUS, como por exemplo, o combate ao racismo e às desigualdades de gênero, dentre outras.

Fonte: Elaborado pelas autoras, com base no Protocolo 003/ 2005 da MNNP-SUS (BRASIL, 2005).

OPERACIONALIZAÇÃO DO SiNNP-SUS

Ainda que o SiNNP-SUS se constitua pelo conjunto das mesas de negociação, o que traz vida ao sistema é o diálogo entre os negociadores do SUS, sendo a comunicação entre os sujeitos a peça-chave para o êxito do sistema. Sua essência está na interação efetiva entre as suas partes, que pode ser representada pelo simples ato de presenciá-las compartilhando da mesma mensagem e pela sintonia das falas que emergem dos territórios, no intuito de fazer convergirem os objetivos para um mesmo ponto.

A operacionalização do SiNNP-SUS se iniciou a partir das ações desenvolvidas pela Secretaria Executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde, como forma de estruturar o sistema e impulsionar a sua consolidação. Vale ressaltar que os movimentos de operacionalização e consolidação do SiNNP-SUS precisam ser multidirecionais, partindo ao mesmo tempo da esfera nacional, dos estados, DF, municípios e regiões que compõem o SUS. Dessa forma, o fortalecimento dos espaços de diálogo e compartilhamento de experiências é uma estratégia que possibilita a participação ativa dos negociadores do SUS, auxiliando na consolidação do SiNNP e no enriquecimento dos processos de negociação e da gestão do trabalho.

Nesta produção, o foco da operacionalização do SiNNP-SUS será dado às atividades impulsionadas pela esfera federal, que compõem o rol de ações realizadas pela Secretaria Executiva da MNNP-SUS e pelo DEGERTS para a estruturação e fortalecimento do sistema, não anulando com isso as atividades que acontecem no território vivo que abarca o SUS e, consequentemente, o SiNNP.

Nos últimos anos, os investimentos voltados para a instalação e fortalecimento das mesas de negociação do SUS têm auxiliado diretamente na consolidação do SiNNP-SUS, tendo ênfase no apoio técnico às mesas de negociação dos territórios, na Plataforma Força de Trabalho em Saúde que comportará o ambiente virtual destinado ao SiNNP-SUS, nos encontros nacionais que reúnem os negociadores do SUS em torno de um tema, abrindo espaço para compartilhamento de experiências e informações, e no monitoramento das mesas de negociação do SUS, estratégia voltada à produção de dados qualificados sobre a negociação do trabalho para alimentar a rede de negociadores do SiNNP.

O apoio técnico realizado pela secretaria executiva da MNNP-SUS é fruto de parcerias institucionais entre o MS, o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), dentre outras. Nas atividades referentes à consolidação do SiNNP-SUS destaca-se a contribuição do DIEESE que apoiou o planejamento e a execução das visitas técnicas, dos seminários de democratização das relações de trabalho no SUS para a sensibilização de gestores e trabalhadores acerca da negociação coletiva, dos cursos de negociação coletiva e gestão do trabalho no SUS e das oficinas de planejamento para as mesas de negociação. Essas ações, de certa forma, quebram a lógica de monólogos ou falas sozinhas e hierárquicas com os territórios e se dispõem a, de fato, comunicar e estabelecer um diálogo que contém uma única mensagem respaldada na estruturação e consolidação do SiNNP-SUS.

A Plataforma de Força do Trabalho em Saúde (Plataforma FTS), fruto da parceria entre o Ministério da Saúde e a UFRN, é outra estratégia de estruturação e consolidação da rede de negociadores. A perspectiva é desenvolver um ambiente virtual destinado ao SiNNP-SUS como componente da Plataforma FTS, a fim de subsidiar tecnologicamente os encontros, as trocas de informações, além de gerar conhecimento sobre a força de trabalho em saúde para os gestores, trabalhadores e pesquisadores do SUS.

De maneira mais específica, o ambiente virtual do SiNNP-SUS, na plataforma FTS, se potencializará ao oportunizar: divulgação das ações das mesas existentes no país; movimentação da rede de negociadores (as) através do fórum de discussão sobre temas pertinentes à negociação coletiva, além de informações específicas sobre a MNNP-SUS e a secretaria executiva da MNNP-SUS – instâncias responsáveis pelo gerenciamento do SiNNP-SUS, atualmente.

Ainda no campo da operacionalização do SiNNP-SUS, dois momentos merecem destaque na consolidação do sistema enquanto instância consultiva e de articulação das mesas de negociação. São eles: o II Encontro Nacional das Mesas de Negociação Permanente do SUS, realizado no ano de 2014, e a Oficina Nacional para a Instituição de Diretrizes Norteadoras para a instalação de mesas regionais de negociação do SUS, realizada no ano de 2015, ambos realizados pela Secretaria Executiva da MNNP-SUS.

O II Encontro Nacional das Mesas de Negociação Permanente do SUS propiciou a troca de experiências em torno da gestão do trabalho, utilizando a negociação do trabalho como estratégia para a consecução de melhorias das condições e relações de trabalho. O objetivo desse encontro nacional foi

reunir os negociadores do SUS, trocar experiências e sintonizar as pautas de trabalho, elegendo a partir das discussões, as pautas prioritárias para a agenda nacional da negociação do trabalho.

Já a Oficina Nacional para a Instituição de Diretrizes Norteadoras para a Instalação de Mesas Regionais de Negociação do SUS, promovida pela Secretaria Executiva da MNNP-SUS, possibilitou a identificação e o reconhecimento de experiências das mesas de negociação dos territórios acerca do tema, permitindo uma construção coletiva e horizontalizada, que responda às necessidades e expectativas dos negociadores que compõem o SiNNP-SUS.

ALGUNS APROFUNDAMENTOS SOBRE O SiNNP-SUS

A compreensão do SiNNP-SUS pode se dar por diversos caminhos, utilizando lógicas e concepções diferenciadas. O olhar aprofundado sobre esse sistema pode se dar pela aplicação da comunicação e da ergologia como analogias úteis. Este caminho, proposto pelas autoras nesse capítulo, pode auxiliar na compreensão dos processos comunicacionais entre os negociadores e na identificação das diferentes práticas que coexistem dentro do SiNNP-SUS, fazendo referência aos conceitos de *trabalho prescrito* e de *trabalho real*.

A rede de negociadores (as) que compõe e dá vida ao SiNNP-SUS não se sustenta apenas pela ideia de haver elementos que a estruturam e alguma medida protocolar que "garanta" sua comunicação. É preciso que haja vida na rede e nas suas interações. Não existe diálogo quando ambos os

sujeitos emitem mensagens diferentes entre si, visto que isso se configura em um monólogo. Assim como não existe diálogo quando apenas existem sujeitos que esperam de forma passiva por emissões de mensagens.

No entanto, mesmo em relações em que os sujeitos interagem entre si partilhando de uma mesma mensagem, também não há certeza de diálogo, visto que assegurar-se de ter emitido a "mensagem correta" não garante que a mensagem não se transformará ao perpassar pelo sujeito que a recebe e pela realidade que vive (FRANÇA, 2006).

A estruturação, definida aqui como organização desse sistema, iniciou a partir da gestão nacional. A MNNP-SUS e a sua secretaria executiva agiram como protagonista e emissores na construção e estruturação do SiNNP-SUS, posto que a iniciativa de organização desse sistema deve surgir de algum ponto para que exista enquanto a gestão nacional, com a possibilidade de convergir as experiências do território e ter se configurado como ponto de referência para o apoio técnico ao restante das mesas, assumiu de forma ativa e participativa tal posição.

Portanto, os territórios, ao acolherem as ações de estruturação do SiNNP-SUS reagem, dão vida e dinamizam essa posição de emissor assumida inicialmente pela gestão nacional, surgindo com novas demandas e aquecendo a rede. Já a consolidação do SiNNP-SUS, entendido como o ato de tornar sólido e consistente esse sistema, é um processo contínuo e dinâmico que iniciou desde o momento de estruturação e gradualmente se potencializa a cada ação exitosa do coletivo.

Um sistema consolidado ideal, nessa fase, procede como emissor e receptor das próprias demandas a fim de gerar informação e, posteriormente, conhecimento a partir das

experiências vividas e trocadas acerca da negociação do trabalho em saúde. Portanto, a partir da mensagem, objetivo comum de estruturação e consolidação de um Sistema de Negociação Permanente emitido pela esfera nacional, cada território reage de forma autônoma e participativa.

As mesas de negociação permanente do SUS são complexas, acolhem e respondem de formas diferentes aos estímulos recebidos em virtude de inúmeras variáveis que vão desde os interesses da gestão, território ainda não sensibilizado com as ações de democratização das relações de trabalho até se tornarem imensuráveis, dependendo do contexto a que se refere.

Sendo assim, um dos maiores desafios e riqueza do SiNNP-SUS é ter a capacidade de captar aquilo que converge e diverge nos territórios no tocante à negociação do trabalho em saúde e, assim, conseguir redirecionar o que converge para a rede aquecida de negociadores (as) em forma de informação circulante da experiência vivida e o que diverge para propósitos que promovam melhorias para o gestor (a) e para o (a) trabalhador (a) no âmbito da negociação do trabalho.

Ainda nessa perspectiva de apresentar alguns aprofundamentos sobre o SiNNP-SUS é que se propõe a analogia do sistema com a *ergologia*, proposta pelo filósofo e professor da Universidade de Provence, na França, Yves Schwartz, seguidor do também filósofo Georges Canguilhem. O termo ergologia deriva da palavra grega *ergasesthai* que significa "o fazer em geral" e se fundamenta numa visão antropológica, questionando a atividade humana e propondo a tomada de consciência sobre os elementos que constituem a atividade de trabalho (DURRIVE, 2011).

Nesse contexto, a ergologia, ao propor o estudo aprofundado das atividades de trabalho, entrega uma diversidade de

legados relevantes ao campo e principalmente àqueles que fazem a sua gestão. Reconhecer que os sujeitos que produzem, pensam sua prática a partir de normas que precedem sua ação e que escolhem seu "jeito de agir", "renormalizando" a partir do que acreditam e do meio em que estão inseridos, fazendo uso de si mesmos, traz a importância da individualidade no processo produtivo, demonstrando que o (a) trabalhador (a), com seus componentes humanos e jeitos próprios de estar no mundo, modifica o que é prescrito, trazendo à tona o que é real (SCHWARTZ, 2011).

Partindo desse olhar proposto por Schwartz fica claro que todas as atividades que compõem o trabalho são permeadas pelas contribuições dos sujeitos na sua produção, seja na gestão, seja na negociação. Em todo campo que existir "trabalho" existirá também o *trabalho prescrito* e o *trabalho real*. Por exemplo: A Mesa Nacional de Negociação ao instituir diretrizes norteadoras para a negociação e para o SiNNP estabelece o prescrito, porém os territórios irão executar de acordo com as suas experiências, suas ideologias, seu olhar de mundo, de trabalho, de negociação. Vale destacar que o trabalho prescrito não parte apenas da gestão nacional, os estados, municípios e regiões dentro da estrutura organizacional do SUS criam suas próprias normas e planejamento do trabalho "negociação", configurando o *trabalho prescrito* local, e ainda assim terão a "renormalização" das suas normas, produzindo um *trabalho real*.

Ter como resultado um processo que difere do que foi prescrito não se configura de imediato em problemática, nem para a negociação, nem para o SUS. Do ponto de vista ergológico do trabalho, tem-se apenas um trabalho impregnado de significado por parte de quem o produz, que possui um

pouco das normas, um pouco do trabalhador e um pouco do contexto local, gerando o que foi citado anteriormente, a "renormalização". Lendo o SiNNP-SUS por essa perspectiva teórica, é possível identificar e valorizar a diversidade de práticas no campo da negociação, sendo um importante legado para a negociação do trabalho e para o SiNNP-SUS.

Destaque deve ser dado ao SiNNP-SUS enquanto fomentador das trocas de saberes, por meio da coletivização de informações e da discussão compartilhada de situações que necessitam de soluções inovadoras. Para tanto, é importante que o sistema capte as experiências e as variações metodológicas do processo de negociação, se comprometendo com o seu compartilhamento na rede de negociadores (as) que se consolida como constituinte do SiNNP. Diante disso, a ergologia pode auxiliar a coordenação do SiNNP-SUS na identificação da díade: trabalho prescrito *versus* trabalho real, presente nas práticas das mesas de negociação do SUS, se tornando alicerce de uma das principais ações estratégicas do sistema, que é a cooperação horizontal.

A cooperação horizontal é definida e utilizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) como estratégia importante para superar os desafios existentes na gestão e nos processos de trabalho, podendo ser aplicada ao SiNNP-SUS, já que compartilha de um objetivo comum que é a troca de saberes entre os sujeitos, a partir de experiências concretas de enfrentamento de questões inerentes ao SUS local. Para tanto, considera todo o trabalhador com potencial para ensinar e aprender, sendo estruturada nas "trocas, produções e disseminações de saberes, conhecimentos técnicos, experiências vividas e práticas de gestão e de cuidado", tendo objetivos diferenciados a depender da área em que é empregada, como

por exemplo, na gestão ou na atenção à saúde. Sem dúvidas quaisquer que sejam as áreas de aplicação da cooperação horizontal, essa estratégia tem grande possibilidade de fortalecer o SUS.

Desta forma, a cooperação horizontal pode apoiar a consolidação de uma rede solidária entre os negociadores e negociadoras do SUS, que é chamada de rede de negociadores. Na operacionalização do SiNNP-SUS, a cooperação horizontal se torna transversal, podendo apoiar desde a criação de espaços de negociação até a resolução de problemas e entraves locais. O compartilhamento de experiências é o que torna a rede de negociadores e o SiNNP-SUS dinâmicos e sensíveis a alterações a depender do nível de interação e de cooperação dos envolvidos, que se configuram como: mesa nacional, e mesas regionais, estaduais e municipais do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS tem fomentado o fortalecimento da negociação do trabalho no SUS e as produções compartilhadas de estratégias e ações que já compõem as práticas de gestores (as) e trabalhadores (as) no que tange à democratização das relações de trabalho. A perspectiva da negociação do trabalho aplicada ao Sistema Único de Saúde traz uma perspectiva ampliada da negociação, ultrapassando a lógica de negociações pontuais determinadas pela ocorrência de conflitos trabalhistas, agregando, a partir dessa visão, inúmeras possibilidades de temáticas de relevância para a gestão do trabalho e para o SUS.

A percepção da negociação do trabalho como estratégia para impulsionar discussões ampliadas nesse campo perpassa as concepções que os sujeitos possuem sobre o trabalho, a gestão do trabalho e o próprio SUS. Sendo assim, considerar que as condições e relações de trabalho são influenciadas e determinadas por multifatores apoia a aplicabilidade da negociação do trabalho no SUS, tendo as mesas de negociação como instrumentos potentes para tal fim.

Nessa perspectiva, ressalta-se a importância das mesas e do SiNNP-SUS impulsionarem debates como: combate ao racismo no trabalho no SUS; igualdade de oportunidades e combate das assimetrias que envolvem o quesito racial como determinante de piores condições de trabalho para trabalhadores indígenas e negros no SUS e no setor saúde; trabalho adoecedor *versus* trabalho produtor de vida e saúde, saúde do trabalhador do SUS ultrapassando a discussão restrita aos riscos biológicos e ambientais, ou seja, voltado para questões sóciohistóricas e políticas que interferem na vida do trabalhador

da saúde; e a promoção do trabalho decente, que deve ser tomada enquanto desafio das instâncias que utilizam da democratização do trabalho como estratégia para consecução de avanços no SUS.

A democratização das relações de trabalho tem sido uma estratégia de promoção de mudança na forma de operacionalizar a gestão do SUS, abrindo espaço para modos de gerir mais participativos e resolutivos. Esses modelos de gestão que privilegiam as construções coletivas e o compartilhamento de responsabilidades, deveres e avanços, impulsionam a corresponsabilização dos sujeitos que se envolvem na produção dos serviços de saúde ofertados pelo SUS.

Sendo assim, compreender os diversos elementos que influenciam no mundo do trabalho, no fazer em saúde e, consequentemente, na produção dos serviços do Sistema Único de Saúde, também possui importância estratégica para a consolidação do Sistema de Negociação Permanente do SUS. Para apoiar reflexões mais aprofundadas sobre esses tópicos é que se propôs aqui o uso das teorias da comunicação e da ergologia, colaborando inclusive para o entendimento das diferenciações metodológicas que surgem no "modo de negociar" nos territórios, o que configura o *trabalho real*, segundo a visão ergológica do trabalho aplicada ao campo da negociação.

Avanços inegáveis se apresentam no SiNNP-SUS, como, por exemplo: o grande número de mesas de negociação com mais de seis anos de instalação, associado ao estado de funcionamento "ativo" da maioria delas nos territórios, o que evidencia que os negociadores e negociadoras do SUS têm desenvolvido estratégias eficazes para o enfrentamento dos entraves políticos e técnicos que limitam a negociação do trabalho nos estados, DF, municípios e regiões.

Associado a esses ganhos tem-se as pautas das negociações locais como sinalizadoras da consonância que existe entre as pautas locais das mesas e aquelas de importância histórica para o SUS. Esse fato pode ser comprovado ao notar que as temáticas que têm sido foco de negociação nos territórios, são, em grande maioria, nós críticos persistentes do SUS, tais como: PCCS, saúde do trabalhador, qualificação e valorização dos trabalhadores (as), dentre outros. É importante avançar nas discussões que envolvem as questões raciais no mercado de trabalho em saúde, e em especial no SUS, considerando que a questão racial no Brasil é estruturante das construções e modelos, envolvendo desde as teorias até as políticas públicas.

Apesar dos avanços, alguns desafios merecem destaque nessa reflexão, estando ligados à ampliação e fortalecimento das mesas de negociação nos estados, DF, municípios e regiões, e à consolidação do SiNNP-SUS. Dentre eles estão: identificar o contexto político enquanto fator relevante para a estruturação de articulações em rede; conhecer e reconhecer as potencialidades dos territórios que podem ser replicadas em outros lugares como prática dos negociadores (s) do SUS, alimentando a rede de negociadores do SiNNP-SUS; intensificar a qualificação voltada à negociação do trabalho no SUS; elaborar estratégias que promovam a intensificação da troca de experiências e metodologias entre os negociadores (as) do SUS, etc.

Portanto, vale ressaltar que os principais investimentos empregados para a consolidação do SiNNP-SUS, por meio da Secretaria Executiva da MNNP-SUS e DEGERTS/MS têm sido: o apoio técnico, voltado para a instalação, qualificação e fortalecimento das mesas de negociação; os encontros e oficinas nacionais promovidos em diversos momentos, enquanto

estratégia para reunir os negociadores e promover a troca de informações e experiências; as estratégias de comunicação, que além de efetivar a comunicação existente entre os componentes do SiNNP-SUS e dar visibilidade às atividades realizadas pela mesa nacional, também prestam informações sobre as mesas do SUS; e o monitoramento das Mesas de Negociação que constituem o SiNNP-SUS, atuando na produção de dados e informações sobre a negociação do trabalho no SUS, constituindo-se em uma fonte de alimentação para o sistema de negociação.

Finalmente, é de fundamental importância que estudos sejam realizados a fim de acompanhar os avanços do SiNNP-SUS, identificando também possíveis entraves para a sua consolidação. Fortalecer o SiNNP-SUS é investir no fortalecimento da negociação, da gestão do trabalho, na qualificação dos serviços prestados pelo SUS, bem como no seu fortalecimento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO):** manual instrutivo 2º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. MNNP-SUS. **Protocolo 003/2005 da MNNP-SUS:** Dispõe sobre a criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS – SiNNP-SUS. Ministério da Saúde: Brasília, 2005. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS). **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**: uma década pelo trabalho no SUS. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático gestão do trabalho em saúde**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 1 jun. 2016.

DURRIVE, L. Atividade Humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Rev. Trabalho e Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, p. 47-67, 2011. Supl. 1.

FRANÇA, V. R. V. **Campo da comunicação**: teorias, objeto de estudo, dimensão institucional. Belo Horizonte, 2006. Apresentação de Trabalho/Simpósio.

GARCIA, M. ; FERREIRA, D. P. **De que estamos falando?** Introdução ao tema da negociação coletiva. In: BRAGA, D. G.et al. (Org.). *Curso de negociação do trabalho no SUS*: caderno de textos. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008. p. 21-24.

GOMES, L. B. et al. **As origens do pensamento sistêmico**: das partes para o todo. **Pensando fam.,** v.18, n.2, p. 3-16, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud. org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X20140002 00002>. Acesso em: 10. JUN. 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. **Pesquisa de informações básicas municipais**: Perfil dos municípios brasileiros 2013. IBGE: Rio de janeiro, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil_Municipios/2013/munic2013.pdf>. Acesso em: 10. jun. 2016.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Rev. Trabalho e Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, p. 19-45, 2011. Supl. 1.

VASCONCELLOS, M. J. E. de. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. 9. ed. Campinas: Papirus, 2010.

A negociação coletiva e a democratização das relações de trabalho no setor saúde

Nelson Bezerra Barbosa
Janete Lima de Castro

INTRODUÇÃO

A busca da democratização nas relações de trabalho é desafio permanente no mundo do trabalho. Baseada no tripé liberdade sindical, direito de greve e negociação coletiva, esse processo objetiva a proteção dos ambientes e a força de trabalho dos efeitos adversos das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores. As conquistas históricas empreendidas pelos trabalhadores, como jornada de trabalho de oito horas, férias, descanso remunerado, são alguns dos exemplos dessas conquistas. Entretanto, à medida que os processos produtivos e as regras que disciplinam as relações de trabalho são alterados, novas agendas de negociação se abrem.

No setor privado, a luta pela democratização das relações de trabalho é condição fundamental para que os trabalhadores possam, por meio de sua organização sindical, se opor ao processo de exploração empreendido pelo capital sobre o trabalho, resguardando e ampliando direitos ameaçados por movimentos de reestruturação dessas relações (de trabalho). No âmbito do setor público, ainda que o lucro não seja o objetivo a ser alcançado, as condições e relações de trabalho são objeto de constante tensionamento e conflitos nos ambientes de trabalho, afetando a qualidade de vida e saúde desses trabalhadores.

No setor saúde, essa condição é agravada pelos riscos inerentes às atividades desenvolvidas pelos que labutam nesse setor. Em relação aos seus processos e práticas de trabalho o setor saúde é caracterizado pela presença de um conjunto

de riscos ocupacionais, que abrangem como fatores causais as condições e relações de trabalho, estas últimas traduzidas, entre outras coisas, na expectativa de remuneração compatível com a importância, os riscos e a formação técnica exigida para o desempenho das atividades desenvolvidas na atenção à saúde de grupos e pessoas. Os conflitos, portanto, afetam diversos atores e interesses que vão desde o espaço das unidades de prestação de serviços, das instituições gestoras do sistema, seus fornecedores e, sobretudo, seus usuários (CASTRO; VILAR; LIBERALINO, 2014).

Os conflitos no setor podem assumir distintas características, que podem envolver diferentes formas de explicação e intervenção sobre os problemas identificados: relações de poder entre os profissionais; os níveis de autonomia profissional quanto às decisões sobre práticas de trabalho adotadas; além dos conflitos decorrentes dos interesses que atravessam o setor, na sua interação com fornecedores, produtores de bens e serviços, gestores, usuários e trabalhadores. Essa situação demandou a implantação e desenvolvimento de um sistema de negociação, organizado por meio das Mesas Permanentes de Negociação em Saúde, com diversas experiências em curso no país, como estratégia para melhorar a gestão dos serviços e ações, com desdobramentos sobre capacidade resolutiva do sistema e satisfação de seus usuários (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Se o conflito é parte intrínseca ao mundo do trabalho, a negociação também o é, pois somente por meio dela os conflitos podem gerar soluções de compromisso à sua resolução, destravando problemas que impedem a melhoria do processo produtivo. No âmbito do setor saúde, isto significa entregar mais e melhores serviços à população que busca atendimento

nos serviços de saúde. Implica, portanto, buscar a melhor alternativa possível para o enfrentamento do problema, que vá além das reivindicações trabalhistas e inclua as demandas e necessidades da população.

A primeira condição para o estabelecimento de processos de negociação é a admissão da existência do conflito e sua natureza. Nesse aspecto, os conflitos podem ser classificados em duas categorias: conflitos não organizados, que não implicam necessariamente em reivindicações, manifestando-se, de forma indireta, em fenômenos como alta rotatividade e absenteísmo. A segunda categoria é a dos conflitos organizados, que abrangem demandas passíveis de negociação (CASTRO; VILAR; LIBERALINO, 2014).

Outra condição fundamental é a análise da viabilidade das estratégias possíveis de enfrentamento do problema, além do mapeamento de atores, internos e externos ao setor, que podem vocalizar os diferentes interesses e a legitimidade destes para assumirem a participação em um processo de negociação. No caso do setor, a adoção de mecanismos de controle social e seu compromisso com a melhoria da situação de saúde da população assistida implicam focalizar os ganhos que este processo pode gerar sobre melhoria da qualidade do serviço prestado (BRAGA, 1998; DAU, 2008).

O que define, afinal, a negociação? De maneira geral, ela pode ser definida como a busca de soluções de acordo entre as partes envolvidas em um conflito, por meio de novas possibilidades de resolução, com base em objetivos de cada uma destas partes (GARCIA; FERREIRA, 2008). Um aspecto importante a destacar é que em um processo de negociação deve ser reconhecida a condição de igualdade entre os participantes para que a negociação possa ocorrer. Do ponto de vista operacional

a negociação implica deslocamento dos participantes de suas posições originais, divergentes na abertura do processo, a um ponto em que um acordo seja possível. (BRAGA, 1998).

Considerando estas observações iniciais, a pergunta que se coloca como motivação para o presente trabalho pode ser assim enunciada: de que forma se deu a implementação da Negociação Coletiva no âmbito do Sistema Único de Saúde? Essa questão pode ser desdobrada em questões como: como se deu o processo de institucionalização da Mesa de Nacional de Negociação Permanente (MNNP)? Quais os condicionantes do desenvolvimento da negociação coletiva no setor saúde? Quais as principais decisões aprovadas pela MNNP e que temas elas abrangem?

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com delineamento de estudo bibliográfico e documental. O material utilizado foi selecionado com base nos descritores Negociação Coletiva/Permanente. O horizonte de tempo abrangido cobriu o período referente a 1997 – 2015. O ano de 1997 foi utilizado considerando a primeira reinstalação da MNNP, e 2015 refere-se ao ano de publicação do último protocolo emitido pela MNNP.

O artigo aborda, inicialmente, aspectos conceituais relacionados ao tema negociação; analisa os condicionantes da implantação da negociação coletiva no âmbito do setor público; descreve as principais decisões/protocolos aprovadas pela MNNP; a qualificação do processo de negociação, por meio da formação de negociadores no setor saúde; a implementação do Sistema de Negociação Permanente, observando a cobertura alcançada pelas mesas estaduais e municipais; e, por fim, algumas considerações sobre a negociação no cenário de crise fiscal vivida pela administração pública brasileira.

NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE O CONCEITO E A PRÁTICA DA NEGOCIAÇÃO

O processo de negociação abrange uma complexidade de natureza conceitual, relacionado, sobretudo, ao âmbito do Direito do Trabalho e o conjunto de regras que normatizam as relações de trabalho, que, quando aplicadas ao setor público, adquire especificidades, com lacunas no seu tratamento, como a regulamentação do direito de greve dos servidores públicos. Para além desse aspecto legal, há elementos de natureza pragmática sobre a condução de uma negociação, que envolvem desde a identificação da natureza do conflito até as formas de interação entre os participantes dessa ação.

O instituto da negociação coletiva é elemento basilar no campo do Direito do Trabalho. A concepção teórica dominante nesse campo informa que a negociação coletiva do trabalho se fundamenta na ideia de autonomia privada. Essa (autonomia privada) estabelece que o Estado abdique de sua capacidade de normatizar, em favor de determinados grupos sociais, entre estes os sindicatos e partidos políticos, fomentando, desta forma, a liberdade para que estes construam suas formas de auto-organização e de defesa de seus interesses. A autonomia privada, portanto, é condição fundamental para que as partes, neste caso os sindicatos de empregados e empregadores, possam se envolver em uma negociação coletiva (MILITÃO, 2011).

O respeito, observado pelo Estado, ao direito de que as partes possam exercitar o processo de negociação é o fundamento da ideia de autonomia privada. Torna imperativo o processo de negociação, portanto, aos sindicatos não é dada a opção de não negociar, independentemente dos resultados

decorrentes da ação negocial. O desfecho de uma negociação coletiva deve ser traduzido em instrumentos normativos como as convenções ou acordos coletivos. A convenção refere-se ao acordo estabelecido entre sindicatos, federações e confederações para regulamentar relações de trabalho de categorias a elas vinculadas. O acordo coletivo é o negócio jurídico entre um sindicato e empresa ou empresas para efetivação de regras e condições de trabalho para contratos individuais. A impossibilidade de fixação de um acordo como resultante de negociação implica instauração de dissídio coletivo, para o qual poderá ser designado um mediador (BRASIL, 1943; MILITÃO, 2011).

A fixação de regras é importante para garantir segurança jurídica ao processo e informar sobre os instrumentos normativos que vão validar o processo de negociação. Para além da fixação das normas, entretanto, há um conjunto de características e condições que devem ser observadas para que a negociação possa se dar, sem que nenhuma das partes possa se sentir subtraída em seus intentos, nem a relação de confiança no processo e seus interlocutores seja afetada.

A primeira a coisa a se reconhecer são as características comuns a um processo de negociação e as possíveis formas de minimizar os eventuais efeitos negativos que venham a ter sobre a condução do diálogo entre as partes. A negociação envolve sempre um conjunto de informações, que nem sempre estão disponíveis ao conjunto dos atores envolvidos, ou seja, a informação está distribuída de maneira assimétrica. A negociação é o espaço privilegiado para o acesso a elas (informações).

Os atores, assim como os aspectos da negociação, são complexos. O processo na verdade se inicia por meio de um movimento intenso interno a cada grupo em particular sobre

conteúdo e estratégias a serem trabalhados. A negociação, de maneira geral, abrange muitos e variados itens que requerem tratamento complexo e demorado. É fundamental cultivar a paciência, pois o processo costuma ter muitas rodadas de discussão, com idas e vindas, em função da relação de influência entre os aspectos negociados.

Por último, mas não menos importante, a incerteza estrutural do processo é outra variável a ser considerada. Em primeiro lugar, em função das opções a serem priorizadas, pois esta depende de como a contraparte analisa e se movimenta durante a negociação. Em segundo lugar, ainda que se tenha algum grau de clareza sobre a opção, resta a dúvida sobre seus possíveis resultados, seja quanto à reação do outro, seja em função do conhecimento e controle de todas as variáveis que determinam a viabilidade em relação à opção escolhida (BRAGA, 1998; BRAGA JÚNIOR; BRAGA, 1998). Além do conhecimento sobre as regras que condicionam a negociação e sobre as características que envolvem esse processo, é necessário saber sobre a forma prática de organizar a sua condução.

O primeiro passo envolve a definição de uma agenda de negociação, com a identificação de áreas de interesse comum. O segundo refere-se ao estabelecimento da matéria negocial, bem como do conjunto de regras sobre padrões de comportamento esperado. Terceiro, o ajuste dos interesses conflitantes, ou seja, o conjunto de elementos possíveis de um acordo inicial. Quarto, o compromisso resultante desse exercício de entendimento, sujeito à validação e ratificação das partes envolvidas.

A negociação ocorre em dois níveis, os temas e problemas definidos na agenda e o gerenciamento das discussões entre as partes envolvidas. O gerenciamento das conversações

sobre a agenda de negociação implica seleção do modo de organizar a sua condução, que podem ser do tipo concessão unilateral, competitiva e coordenativa. A primeira trata de uma estratégia de redução de distâncias entre negociadores; a segunda refere-se a um movimento de pressão permanente de uma parte sobre a outra; a terceira estabelece uma atitude de colaboração, por intercâmbio de informações ou de recursos.

Para o estabelecimento de condições necessárias ao desenvolvimento de uma negociação de natureza coordenativa são fundamentais a disponibilidade para colaborar e a confiança na cooperação da outra parte. Além disso, são aspectos importantes: priorizar altas demandas iniciais como propósito da negociação; definir e implementar posições e modos de negociação, focalizando a matéria objeto da negociação e o objetivo a ser alcançado e não os sujeitos. A pauta deve ter centralidade no processo, evitando o tipo de jogo perde-ganha, ondea finalidade é derrotar e enfraquecer seu interlocutor (BRAGA, 1998; BRAGA JÚNIOR; BRAGA, 1998).

O pressuposto básico para abertura de uma negociação é a admissão, pelas partes envolvidas nesse processo, da existência de um conflito a ser resolvido, bem como a natureza desse conflito. Além, obviamente, da disposição para encontrar saídas negociadas para o problema. A estruturação desse processo implica, ainda, ter claro quais os princípios a serem observados na organização e condução da negociação, com ênfase na busca de uma modalidade de uma negociação de natureza coordenativa, com base na cooperação mútua e nos compromissos com melhoria na qualidade da prestação de serviços aos usuários do sistema.

Contudo, essa condição de cooperação vai ser decorrente das táticas a serem utilizadas pelos negociadores. Basicamente,

as táticas podem ser classificadas como de três tipos: táticas duras, táticas suaves e negociação com princípios. As Táticas Duras objetivam obter, por meio de coerção, a concessão de uma das partes. Esse formato de jogo competitivo, do tipo perde-ganha, em que o que se busca é demonstrar firmeza e disposição para usar a força para alcançar objetivos. O risco desse tipo de tática é provocar o distanciamento entre os atores envolvidos na negociação, podendo redundar em paralisação do processo e até mesmo a saída dele, por uma das partes.

No modelo da Tática Suave, o fundamental é preservar a relação entre os negociadores. A excessiva flexibilidade e propensão às concessões tem como contrapartida a expectativa da reciprocidade. Nesse modelo, a tolerância a perdas é compensada pela conclusão rápida de acordos, o que pode gerar mudanças bruscas nas posições inicialmente assumidas, com propósito de evitar situações de confronto.

No terceiro caso, Negociação com Princípios, busca-se um formato que evite o tratamento igualmente duro ou suave com pessoas e problemas. Este formato responde de forma coerente à demanda por uma negociação coordenativa. Neste sentido, uma primeira diretriz é separar as pessoas dos problemas, recebendo e tratando as análises e sugestões sobre o problema de forma crítica e respeitosa; uma segunda trata de estabelecer foco nos propósitos da negociação, menos que nas posições, estas últimas devem estar a serviço da primeira; outra orientação a ser observada é de que sejam mapeadas e debatidas todas as alternativas existentes antes da decisão sobre a escolha, e que esta observe os ganhos mútuos que podem ser proporcionados aos participantes da mesa; por fim, firmar posição para que os resultados tenham critérios objetivos independentes como base para sua

validação, como: valores compartilhados, custos, juízo científico, reciprocidade, entre outros (BRAGA, 1998; BRAGA JÚNIOR; BRAGA, 1998).

CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA NEGOCIAÇÃO COLETIVA

Reconhecer a existência de conflitos a serem superados, suas características principais, bem como a metodologia de trabalho a ser adotada e os princípios a serem observados na interação entre os atores são condições necessárias, porém podem não ser suficientes para que a negociação exista e tenha desfecho satisfatório para as partes envolvidas.

No âmbito da administração pública brasileira, um importante condicionante é a não regulamentação do direito de greve e o não reconhecimento do poder de realizar negociação coletiva. A despeito da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) reconhecer os direitos à organização sindical e de greve, há registro de interpretação por parte do judiciário quanto à implementação desse instituto (negociação). Neste sentido, o tripé liberdade sindical, direito de greve e negociação coletiva, fundamental para assegurar a democratização das relações de trabalho, fica inviabilizado.

Os argumentos daqueles que se posicionam contrários ao reconhecimento do direito à negociação coletiva baseiam-se em interpretações baseadas no fato de que a constituição, ainda que tenha admitido os direitos à organização sindical e de greve, foi omissa quanto à adoção da negociação coletiva para o setor público. Além disso, argumentam que o fato de que despesas com pessoal dependem de sua aceitação e inclusão na legislação que trata da formação da peça do orçamento público,

de iniciativa do executivo, mas de deliberação no âmbito do legislativo. Essa defesa da interpretação da constituição pelos tribunais superiores foi utilizada para inibir iniciativa de estados e municípios de incluir em suas legislações o direito à negociação coletiva (BRASIL, 2003; MILITÃO, 2011).

Uma das consequências da não adoção do direito de greve e liberdade sindical para o setor público no período anterior à redemocratização do país, bem como da omissão na constituição federal de 1988 quanto ao direito à negociação coletiva, foi a tardia ratificação da convenção 151/1978 da Organização Internacional do Trabalho, que trata justamente da observância desses direitos em relação aos trabalhadores do setor público. A ratificação somente foi feita em 2010, trinta anos depois de aprovada a referida convenção, em um período em que não somente a MNNP-SUS estava consolidada em termos institucionais, como várias experiências estaduais e municipais estavam sendo implantadas e implementadas (CALVETE; GARCIA, 2014).

Entre alguns juristas e membros de instancias do judiciário, entretanto, há argumentos que defendem a existência desse direito, como extensão direta daqueles outros já reconhecidos pela legislação – liberdade sindical e direito de greve. Direitos estes que não se viabilizam sem que possa existir espaço para a negociação. Defendem que não haveria nenhum óbice à celebração de acordos coletivos de trabalho no âmbito do setor público, desde que estes não incluíssem decisões que representassem elevação de despesa ao erário público. Observam, ainda, as condicionalidades estabelecidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal como limitadora da inclusão de aspectos que tenham implicações orçamentária e financeira (MILITÃO, 2011).

Na prática, a negociação coletiva se instituiu como diretriz e fato na administração pública, com deliberação expressa de vários setores no sentido de instituir e fomentar a implantação de mesas de negociação permanente. Tal decisão pode ser observada, por exemplo, na formação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, bem como das diversas mesas estaduais e municipais. As deliberações destas mesas têm se tornado importantes fontes de orientação na elaboração de protocolos, que informam decisões com impacto sobre a vida funcional dos servidores e organização do planejamento dos executivos no campo das relações de trabalho, como os Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) (BRASIL, 2003; 2006).

É preciso reconhecer outras limitações a esse processo, que estão para além das normas que regulamentam o direito à negociação. No cenário atual, a recessão econômica e a crise fiscal que afeta o setor, são determinantes que impedem, ou pelo menos dificultam bastante, negociações em torno de melhorias nas condições e relações de trabalho. A maioria dos estados e municípios encontra dificuldades para assegurar o mais básico dos direitos, que é o do pagamento regular de salários.

A posição da maioria dos administradores, nas três esferas de governo, tem adotado medidas duras no sentido de restringir direitos trabalhistas, bem como de atender demandas relativas a condições de trabalho minimamente satisfatórias. A União patrocina e induz estados e municípios a adotarem medidas de austeridade, com repercussão direta sobre direitos conquistados. As reformas previdenciária e trabalhista são as mais emblemáticas desse movimento. Portanto, o reconhecimento sobre os limites impostos pelos cenários que molduram a negociação é outra importante habilidade a ser desenvolvida por aqueles que se dedicam a buscar negociar saída para conflitos existentes.

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS

Apesar das limitações de natureza legal, a implantação de mesas de negociação permanente no setor público, com destaque para o setor saúde, tem proliferado em todo país. A experiência seminal que serviu de referência para o debate sobre importância desse fórum foi a vivida pelo Instituto de Assistência Médica dos Servidores Públicos Estaduais de São Paulo (IAMSPE). Tal experiência foi desenvolvida no hospital dos servidores que passava por dificuldades em seu funcionamento. A nova direção indicada para resolver o problema adotou como estratégia a implantação de uma mesa de negociação permanente, que pactuou um conjunto de medidas entre gestores e servidores, com resultados bastante positivos (BRAGA JÚNIOR; BRAGA, 1998; BRASIL, 2003; 2006; MOYSÉS, 2010; CASTRO; CASTRO; LOPES, 2012).

A difusão da experiência baseada nessa metodologia mobilizou um conjunto de iniciativas para a sua adoção no setor saúde. A primeira tentativa de implantação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) deu-se em 1993. A iniciativa não avançou, ocorrendo um esvaziamento da mesa. Nesse intervalo, foram realizados outros movimentos na direção da instituição do fórum por outros órgãos, como a criação da Mesa Nacional de Negociação Permanente da Administração Pública Federal, abrangendo, portanto, todas as categorias profissionais ligadas ao serviço público. Esse fórum foi vinculado ao do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Essa Mesa articula e integra a esse fórum um conjunto de mesas setoriais, segundo os diversos ramos de atividade, com um conjunto de comissões

temáticas, que tratam de assuntos como política salarial, seguridade, planos de carreira, entre outros (DAU, 2008).

No âmbito da administração municipal foi criado o Sistema de Negociação Permanente de São Paulo (SINP-SP). Criado em 2002, esse sistema envolve 28 entidades sindicais com atuação na esfera pública municipal. Esse sistema pactuou a aprovação de acordos coletivos entre os anos de 2002 e 2003, além de acordos setoriais nas áreas de saúde e educação. O desenho e funcionamento do sistema serviram de base ao processo de reinstalação da MNNP-SUS, em 2003.

A primeira tentativa de instalação da MNNP-SUS ocorreu em 1993, com objetivo de se constituir em fórum de negociação permanente do SUS, explorando espaço deixado pela constituição federal, que, em seu artigo 37, admitia o direito a organização sindical dos servidores, respaldada também nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde e nas deliberações das conferências de recursos humanos. Constituída por 22 membros (11 da bancada de trabalhadores e 11 da bancada de gestores), elabora e aprova o regimento da MNNP.

Uma tentativa de reinstalação da MNNP-SUS ocorreu em 1997, por iniciativa do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que não se desenvolveu satisfatoriamente, em função do pouco investimento feito pelo governo na institucionalização do fórum que garantisse condições de funcionamento adequado da mesa. No intervalo entre 1997 e 200 (ano de desativação da mesa), foi elaborada e aprovada a Norma Operacional de Recursos Humanos (NOB-RH), que, entre outras medidas, apontava para o incentivo à criação das mesas de negociação no SUS (DAU, 2008).

O divisor de águas neste processo foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em

2003, com implantação da Diretoria de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde (DGERTS), que passa a ser a responsável institucional pela organização e condução do trabalho da MNNP-SUS. A criação da DGERTS introduziu o conceito de gestão do trabalho, propondo uma nova abordagem para o gerenciamento das relações de trabalho e os seus conflitos.

Além da atualização do regimento e de revisão da composição da mesa, a MNNP define um conjunto de temas que irão compor a sua agenda de trabalho, abrangendo: NOB-RH; PCCS da Saúde; Jornada de Trabalho no SUS; Formação e Qualificação Profissional Saúde do Trabalhador da Saúde; Critério para liberação de dirigentes sindicais; Seguridade social dos servidores; desprecarização das Relações de Trabalho; Formas de Contratação e Ingresso no Setor Público; Instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação; Reposição da Força de Trabalho no SUS (DAU, 2008, p. 110-111).

Informada por esta agenda, a MNNP-SUS institui-se como lócus privilegiado para negociação entre trabalhadores e gestores do SUS, com um leque de deliberações que tratam dos vários temas propostos nesta agenda, com decisões sob a forma de protocolos, que irão orientar a discussão das mesas estaduais e municipais, dentro de uma lógica sistêmica para abordagem dos problemas referentes às relações e condições de trabalho no setor saúde.

AGENDA E DECISÕES: OS PROTOCOLOS FIRMADOS E OS TEMAS ABRANGIDOS

No intervalo de tempo entre 2003 e 2015, ou seja, a partir do segundo movimento de reinstalação da mesa, a MNNP-SUS conseguiu se institucionalizar, aprovando um conjunto de deliberações, sob a forma de protocolos, sobre temas que incluíam a sua organização interna, sua composição, modelo de governança, bem como diretrizes para assuntos pertinentes à agenda de trabalho definida. A composição da mesa segue o princípio da paridade entre trabalhadores e gestores. A incorporação de duas entidades patronais do setor privado elevou para 13 o número de membros de cada bancada. A construção da agenda de problemas a serem enfrentados, assim como as decisões sobre estes adotam como critério decisório a formação de consensos.

Na condição de instrumentos, os Protocolos da MNNP-SUS constituem-se em acordos coletivos sobre demandas analisadas e pactuadas entre as bancadas representativas dos dois segmentos. Para assegurar eficácia jurídica a essas deliberações é importante que os protocolos preencham os seguintes atributos: ter um objeto claro; eficácia normativa para promover direitos; abrangência definida; periodicidade; quantidade; e vigência (prazo para manutenção ou revisão da regra). Os conteúdos dos protocolos aprovados podem ser, para fins didáticos, classificados em dois tipos: matérias que estão sob a governabilidade do gestor que participa diretamente da negociação; e matérias que demandam a interveniência de outros órgãos, portanto, fora da governabilidade dos gestores envolvidos diretamente na negociação (BRAGA, 1998; MILITÃO, 2011).

O primeiro protocolo aprovado (001/2003, de 5/8/2003) trata do ato de reinstalação da MNNP-SUS, formando como objetivos desta a efetividade no funcionamento do SUS; acesso; humanização, resolubilidade e qualidade técnica de ações e serviços prestados aos usuários do sistema. O Protocolo 002/2003, de 03 de novembro, estabelece diretrizes para formação das mesas estaduais e municipais de negociação permanente, observando aspectos como: os objetivos definidos pela mesa nacional, paridade na composição e consenso nas decisões (BRASIL, 2006; MILITÃO, 2011).

O fomento à expansão das mesas de negociação no SUS produziu como resultado a instalação de 47 mesas, atingindo a quase totalidade dos estados e suas capitais (exceção para Mato Grosso). Em alguns estados, além das capitais, alguns municípios de grande porte também aderiram ao processo de constituição das mesas. Essa cobertura, entretanto, não se traduz em uma dinâmica de funcionamento dos fóruns. Menos da metade das mesas (20) apresentam funcionamento periódico; quinze delas têm funcionamento descontínuo, e sete estavam em processo de instalação. Do ponto de vista da distribuição regional, a região Nordeste apresenta maior número (13); seguida da região Sudeste, com dez; Centro-Oeste e Norte, com nove; e a região Sul, com seis mesas. As agendas convergiram para temas indicados na agenda nacional, com destaque para benefícios, capacitação/formação de pessoal, saúde do trabalhados, desprecarização do trabalho, entre outros (DEOLINDO et al., 2012).

O Protocolo 003/2005 (25/8/2005) dispõe sobre a criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente (SINP-SUS), com propósito de integrar e articular as experiências dos diversos fóruns que proporcionem troca de experiências

relacionadas ao objeto de trabalho das mesas e sobre resultados alcançados. O Sistema se organiza segundo uma lógica vertical, que trata da integração entre a mesa nacional e as mesas estaduais e municipais. E uma lógica de organização horizontal, que trata da organização de grupos e comissões de trabalho no âmbito de cada mesa em particular (BRASIL, 2005; 2006; MILITÃO, 2011).

O Protocolo 004/2005 (25/8/2005) trata da formação em negociação do trabalho no SUS por meio da instituição de diretrizes para essa formação. O protocolo resultou na elaboração e oferta de um curso destinado a gestores e trabalhadores sobre processo de negociação coletiva, desenvolvido na modalidade EaD. O protocolo 005/2006 (04/2006) trata de diretrizes para aperfeiçoamento do sistema de gestão de pessoas, com ênfase sobre cedência de pessoal entre instituições do sistema, observando a manutenção de direitos dos servidores cedidos a instituições, incluindo aquelas de diferentes esferas administrativas do vínculo do servidor, ou seja, de trabalhadores da união cedidos a estados ou municípios, de servidores estaduais cedidos a municípios e vice-versa (BRASIL, 2005, 2006b; MILITÃO, 2011).

O Protocolo 006/2006 (9/11/2006) dispõe sobre diretrizes para elaboração ou revisão dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), que objetivavam a uniformização de procedimentos para organização da carreira do servidor no sistema. Aspectos como equidade de oportunidades, formação profissional e evolução funcional foram objeto das diretrizes desse protocolo, com significativa influência de estruturação/reestruturação dos PCCS, focalizando como propósito maior a melhoria da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2006c ; MILITÃO, 2011).

O Protocolo 007/2007 (12/2007) propõe a implementação de medidas de desprecarização das relações de trabalho no SUS. Uma das medidas sugeridas é a constituição de mesas municipais, de forma a ampliar a capilaridade dos fóruns de negociação entre trabalhadores e gestores, com a finalidade de produzir respostas mais efetivas ao problema. Tal iniciativa promoveu a articulação com instituições pertinentes à área, como os ministérios públicos estaduais e do trabalho (BRASIL, 2007; MILITÃO, 2011).

O debate sobre desprecarização dos vínculos deve ser realizado à luz de questões mais abrangentes e que influenciam essa situação, que é a dificuldade de fixação e provimento de profissionais de saúde em áreas remotas e de difícil acesso. A situação quanto ao provimento de profissionais de saúde é marcada por uma crise global, que se convencionou chamar de Crise da Força de Trabalho em Saúde. Concorrem para esse fato as necessidades criadas por mudanças nos modelos assistenciais e as mudanças na composição etária e no perfil demográfico das populações. O déficit chega a 4 milhões de trabalhadores, afetando quase todos os países, de forma desigual entre as diversas regiões, com maior impacto sobre as áreas rurais, as periferias das grandes cidades e regiões de difícil acesso.

A escassez de profissionais médicos acontece justamente em municípios e regiões com maiores níveis de vulnerabilidade (baixa renda e alto desemprego), além de apresentarem indicadores sanitários precários e serem, em sua maioria, áreas de difícil acesso. Constata-se, portanto, que quanto mais precárias as condições econômicas e sanitárias, mais distante e mais difícil o acesso, maior a escassez de profissionais (DAL POZ, 2013).

Considerando os riscos envolvidos nas atividades desenvolvidas por trabalhadores do setor, o Protocolo 008/2011 (01/12/2011) instituiu as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS. A finalidade desse instrumento é a disseminação de medidas que possam prevenir acidentes e doenças decorrentes do exercício profissional e suas consequências sobre a capacidade produtiva do sistema. As medidas propostas propõem o controle dos ambientes e da organização do trabalho como forma de reduzir a presença de agravos e ampliar o empoderamento dos trabalhadores, como agentes fundamentais para o exercício desses controles (BRASIL, 2011).

O último protocolo aprovado pela MNNP-SUS, o 009/2015 (25/11/2015), aprovou as diretrizes para a Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do SUS (BRASIL, 2015). De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (1998, p.1), o conceito de trabalho decente se caracteriza pela adoção de medidas relacionadas

> à liberdade sindical e reconhecimento do direito à negociação coletiva; eliminação do trabalho forçado; erradicação do trabalho infantil; eliminação de formas de discriminação em relação a emprego e ocupação, promoção do emprego produtivo e de qualidade, extensão da proteção social e fortalecimento do diálogo social.

Esse conjunto de medidas aprovadas, embora focalizem temas de grande relevância, ainda não foi suficiente para gerar os efeitos esperados sobre as condições e relações de trabalho enfrentadas pela maioria dos trabalhadores do SUS. Os protocolos, para terem algum grau de eficácia normativa, devem

ser traduzidos em instrumentos legais capazes de determinar condutas dos gestores para resolução dos vários problemas tratados na agenda da MNNP-SUS. Chama atenção, por outro lado, a descontinuidade na formulação de alternativas. O intervalo de tempo entre a edição dos protocolos 007 e 008 é de quatro anos, mesmo tempo de intervalo de tempo entre os protocolos 008 e 009. Tal situação sugere problemas no processo de condução da agenda, com reflexos sobre os demais fóruns (estaduais e municipais).

Provavelmente, o volume de demandas de natureza trabalhista reprimida, além do foco e força em temas corporativos, tenha influenciado essa situação. Outro aspecto relevante diz respeito ao quadro de crise financeira da administração pública, que cria um cenário de grandes dificuldades para negociações que ampliem despesas sobremelhorias nas condições e relações de trabalho. Entretanto, pode ser também, paradoxalmente, a oportunidade para construção de saídas acordadas para a crise, sem a transferência do custo dos ajustes para a classe trabalhadora, via reformas trabalhista e previdenciária. Mesas de Negociação podem serfator de vitalidade do SUS, bem como da própria sociedade, como lócus privilegiado do exercício de relações democráticas no âmbito do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A longa e difícil trajetória da MNNP-SUS em relação à consolidação é emblemática das dificuldades que o debate sobre as condições e relações de trabalho ainda enfrenta em nosso país. No caso do setor público, a democratização das relações de trabalho, em que pese a admissão dos direitos de organização sindical e de greve incorporados à constituição federal, não conseguiu promover a regulamentação de greve e a negociação coletiva, que seguem como questões não resolvidas no plano legal.

As iniciativas implementadas no setor saúde avançam na consolidação dos fóruns de negociação, a despeito das limitações decorrentes da falta de regras e/ou divergências em relação à interpretação destas. A existência da própria MNNP-SUS e de diversas mesas estaduais e municipais é representativa do esforço de institucionalização da negociação coletiva.

A agenda aprovada pela MNNP-SUS abrange assuntos sensíveis ao aprimoramento das relações de trabalho no âmbito do sistema. PCCS, desprecarização dos contratos de trabalho, formação/capacitação da força de trabalho e saúde do trabalhador do SUS são temas que demandam respostas mais efetivas e uniformes por parte dos gestores. A abordagem a estas e outras questões, entretanto, devem ter como propósito a qualificação de processos e práticas de trabalho focadas na melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada aos usuários.

A condução do processo de negociação, para além das decisões políticas e jurídicas que ainda se fazem necessárias, deve ser encarada em toda sua complexidade quanto ao conhecimento e habilidades exigidas, bem como às atitudes

referentes ao processo interacional entre os sujeitos do processo. À guisa de conclusão desse texto, ressalta-se que a negociação coletiva demanda esforço concentrado em torno dos aspectos legais que ainda limitam o uso pleno do direito à negociação, do desenvolvimento de conhecimento, habilidades e atitudes que favorecem a boa condução do processo, e conhecimento sobre os limites e possibilidades que os cenários impõem, de modo a se obter as melhores alternativas, segundo os interesses de cada uma das partes e com o propósito de melhorar a qualidade dos serviços prestados aqueles que dependem do SUS.

BRAGA, Douglas Gerson. **Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 193p.

BRAGA JUNIOR, David; BRAGA, Douglas Gerson. Metodologia de negociação coletiva do trabalho em saúde. In: CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaguá de (Org.). **Negociação coletiva do trabalho em Saúde**. Brasília: OPAS/OMS; Natal: UFRN/NESC, 1998. p. 91-125.

BRASIL. **Consolidação das leis trabalhistas**. 1943. Disponível em: <www.mte.gov.br>. Acesso em: 12 jan. 2017.

BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Disponível em: <www.justica.gov.br>. Acesso em: 19 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**. 2. ed. Brasília, DF, 2006. 67 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. **Democratização das relações de trabalho no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, DF, 2003. 34 p.

_____. **Protocolo 003/2005**: dispõe sobre a criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente – SINP. 2005. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. **Protocolo 004/2006**: dispõe sobre formação em negociação no SUS. 2006a. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em: 18 jan. 2017.

_____. **Protocolo 005/2006**: dispõe sobre as diretrizes aprimoramento da gestão de pessoas no SUS. 2006b. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em: 18 jan. 2017.

_____. **Protocolo 006/2006**: trata das diretrizes para elaboração ou revisão do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS). 2006c. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 18 jan. 2017.

_____. **Protocolo 007/2007**: propõe medidas para desprecarização do trabalho no SUS. 2007. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 19 jan. 2017.

_____.**Protocolo 008/2011:** instituiu as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS. 2011. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 19 jan. 2017.

_____. **Protocolo 009/2015:** aprova as diretrizes para a Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do SUS. 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 22 jan. 2017.

CALVETE, Cássio da Silva; GARCIA, Mariana Hansen. A Convenção n.151 da OIT e seus impactos para os servidores públicos no Brasil. **Rev. Estudos Avançados**, Porto Alegre, v. 28, n.81, p. 201-212, 2014.

CASTRO, Janete Lima de; CASTRO, Jorge Luiz; LOPES. Fernando Dias.Negociação permanente: uma estratégia de gestão possível nas instituições de saúde?**. Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 84-91, 2012.

CASTRO, Janete Lima de; VILAR, Rosana L. Alves; LIBERALINO, Francisca Nazaré. (Org.). **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. 1. ed. rev. Natal: EDUFRN, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Gestão do trabalho e da educação no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.(Coleção para entender a gestão do SUS).

DAL POZ, Mário Roberto. A crise da força de trabalho em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v. 29, n. 10, p. 1924-1926, 2013.

DAU, Denise Motta. Interesses envolvidos na negociação do trabalho no SUS. In: BRAGA, Douglas Gerson et al (Org.). **Curso de negociação do trabalho no SUS**: caderno de textos. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008. p. 139-144.

DEOLINDO, Edna Magali de Oliveira et al. A negociação do trabalho em saúde: um balanço das Mesas de Negociação Permanente do SUS. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 77-83, 2012.

GARCIA, Maysa; FERREIRA, Duvanier Paiva. De que estamos falando? Introdução ao tema da negociação coletiva. In: BRAGA, Douglas Gerson et al (Org.). **Curso de negociação do trabalho no SUS**: cadernos de textos. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 2008. p. 36 - 55.

MILITÃO, João Batista dos Santos. **A negociação coletiva do trabalho no SUS**. 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

MOYSÉS, Neusa Maria Nogueira. Políticas de gestão do trabalho no SUS: o desafio presente. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 33-41, 2010.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Promovendo o trabalho decente**. 1998. Disponível em: <www. oitbrasil.org.br>. Acesso em: 20 jan. 2016.

Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde: seus desafios e avanços na perspectiva de conquistas coletivas

Welington Moreira Mello
Aldenísia Alves Albuquerque Barbosa
Irene Rodrigues dos Santos

INTRODUÇÃO

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) é 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.

Compreendendo a importância da negociação do trabalho no SUS, em 6 de maio de 1993, através da Resolução n. 52, do Conselho Nacional de Saúde, foi criada a MNNP-SUS. Para os trabalhadores e militantes da área da saúde, foi considerada como a concretização de um dos princípios da gestão do trabalho preconizado pelo movimento da reforma sanitária brasileira. E, ao mesmo tempo, uma oportunidade de implantação da discussão coletiva para os trabalhadores e trabalhadoras da saúde na perspectiva da democratização das relações de trabalho (BRASIL, 1993).

De acordo com Machado et al. (2006), a democratização das relações, quer no campo social, quer no político, tem levado as pessoas a buscarem solucionar suas divergências por meio da negociação, instrumento eficaz para a resolução de inúmeros conflitos que, moderadamente, as organizações enfrentam, decorrentes de grandes mudanças que o mundo vem atravessando por influência da globalização acentuada. Percebe-se que estas mudanças ocasionaram profundas transformações nas formas de regulação do trabalho, bem como do próprio processo de trabalho.

Negociar é uma arte, é um processo de tomada de decisão de forma coletiva. É entendida como uma comunicação direta entre indivíduos que estão tentando chegar a um acordo ou a uma solução consensual sobre um determinado problema. Construir a cultura da negociação é trabalhar na perspectiva de dar um norte a questões de conflitos inerentes aos espaços de produção de trabalho.

Neste sentido, Braga (1998 *apud* MACHADO et al., 2006, p.134), cita algumas características da negociação que merecem destaque por serem inerentes às resoluções de impasses causados pelas relações do trabalho na sociedade capitalista, como:

> As partes devem reconhecer-se mutuamente como representantes autorizados; estar dispostos a reunir-se em intervalos razoavelmente frequentes; decidir o grau de autoridade que delegam a seus respectivos negociadores; desenvolver esforços para chegar a um acordo, e não definir unilateralmente as condições de trabalho e emprego.

Entendendo essas características e analisando cada uma delas, percebe-se que o processo de negociação é formado pela soma desses diversos fatores para que logrem êxito. Machado (2008) revela que a condução do processo de negociação demanda a capacidade não somente de desenvolver habilidades e exercer autoridade, como também a de promover consenso entre as partes, a fim de concretamente intervir na realidade existente.

O momento político brasileiro na época da implantação da MNNP-SUS era de muita novidade, pois recentemente se tinha saído do período da ditadura militar, onde não se podia falar em políticas de direito, e as relações democráticas

começavam a se estabelecer em todos os cantos do país. Assim, aconteceu que a mesa, tanto para a bancada dos trabalhadores como para os gestores, era um aprendizado a cada discussão. Nesse período, se construiu o primeiro regimento interno, mas no campo de construção coletiva de protocolos e pactuações pouco se avançou e tempos depois a mesa teve suas atividades paralisadas.

Mesmo compreendendo a importância desse espaço democrático de resolução de conflitos, devido à conjuntura política instalada na época da sua implantação, a MNNP-SUS ficou parada durante dez anos. Somente com a eleição do presidente Lula, em 2002, um operário oriundo do movimento sindical, aceitou-se no setor público a participação popular e o controle social passa a ter maior ênfase, especialmente nas políticas sociais. E foi nesse espírito de mudança, que se viu a necessidade das discussões acerca das relações e condições de trabalho, culminando assim na retomada da MNNP-SUS.

A IMPLANTAÇÃO EFETIVA DA MNNP-SUS

O reconhecimento da função político-social da Mesa de Negociação garante e fortalece a participação da sociedade em fóruns que cuidam das políticas públicas de saúde, dentre as quais se insere a questão da regulação, profissionalização e qualificação dos recursos humanos. A reativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS no plenário do Conselho Nacional de Saúde, aprovada por unanimidade, em 4 de junho de 2003, é prova definitiva de como é um instrumento criativo e transformador para a superação de

adversidades, sejam elas políticas, institucionais ou regionais no campo das relações do trabalho na saúde (BRASIL, 2003a).

Para que a MNNP-SUS fosse reinstalada foi providenciado, de forma coletiva e democrática, o *Protocolo para a Instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS*. Esse documento institui formalmente a instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS estabelecido entre si pelos Gestores Federais e Estaduais, através do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Gestores Municipais pelo Conselho Nacionais de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Empregadores Privados e Entidades Sindicais Representativas de Trabalhadores.

De acordo com Brasil, (2003b), a reinstalação da MNNP-SUS justifica-se como uma premissa que deve servir de paradigma para os novos padrões institucionais que a administração pública inaugura com as organizações de classe dos trabalhadores. É o reconhecimento de que a democratização das relações de trabalho, tanto no setor público como no privado, constitui verdadeiro pressuposto para a democratização do Estado, para o aprofundamento da democracia e para a garantia do exercício pleno de direitos de cidadania em nosso País.

É nesse contexto que a MNNP-SUS vem trabalhando de forma sistemática e ininterrupta. Para o efetivo funcionamento, as decisões são registradas em atas ou em protocolos, dependendo da sua complexidade. Desde sua retomada, foram pactuadas e realizadas diversas atividades como cursos de formação, debates, seminários, e produzidos nove protocolos.

Esses protocolos tornaram-se referências para as mesas estaduais e municipais. Considerando a dinâmica da evolução do SUS, das tecnologias da saúde, bem como da modernização das relações de trabalho, os protocolos têm sido objeto de constantes reflexões.

Os protocolos instituídos até a atualidade foram os seguintes:

- Protocolo n.º 001/2012 - Regimento Institucional da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS);
- Protocolo n.º 002/2003 - Instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS;
- Protocolo n.º 003/2005 - Dispõe sobre a criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS); Protocolo n.º 004/2005 - Aprova o Processo Educativo em Negociação do Trabalho no SUS e institui diretrizes para sua execução;
- Protocolo n.º 005/2006 - Dispõe sobre orientações, diretrizes e critérios para aperfeiçoar procedimentos de cessão de pessoal no âmbito do SUS;
- Protocolo nº 006/2006 - Aprova as "Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS (PCCS- SUS)";
- Protocolo nº 007/2007 - Dispõe sobre a implementação da política de desprecarização do trabalho no SUS junto às Mesas e Mecanismos de Negociação no SUS;
- Protocolo nº 008/2011 - Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS;
- Protocolo nº 009/2015 - Institui as diretrizes da Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do SUS (ANTD-SUS).

Quanto às entidades que compõem a MNNP-SUS, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de n. 331, de 4 de novembro de 2003, (BRASIL, 2003), dispõe como integrantes as seguintes entidades e instituições:

- Ministério da Saúde (com cinco representações) Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/Departamento de Gestão da Educação em Saúde/ Coordenação Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Fundação Nacional de Saúde - Funasa; Secretaria de Política para as Mulheres (com uma representação);
- Ministério do Trabalho e Emprego (com uma representação);
- Ministério da Educação (com uma representação);
- Ministério do Planejamento (com uma representação);
- Ministério da Previdência Social (com uma representação);
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com uma representação);
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com uma representação - Entidade Patronal do setor privado (com duas representações);
- Confederação Nacional de Saúde (CNS);
- Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB);
- Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social (com duas representações);
- Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde (CNTS), com uma representação; Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência e Assistência Social (FENASPS), com uma representação;

- Federação Nacional dos Médicos (Fenam) /Confederação Brasileira dos Médicos (CBM), com uma representação;
- Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), com uma representação;
- Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), com uma representação;
- Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI), com uma representação;
- Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), com uma representação;
- Confederação Nacional dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal (CONFETAM), com uma representação;
- Confederação Nacional dos Trabalhadores no Serviço Público Federal (CONDSEF), com uma representação;
- Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA Sindical), com uma representação;
- Federação Nacional dos Assistentes Sociais (Fenas), com uma representação e Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS), com uma representação.

A MNNP-SUS E OS DIVERSOS DESAFIOS

Os desafios das negociações coletivas vão além das questões meramente burocráticas e administrativas, é preciso vontade política e envolvimento de todos os atores integrantes das mesas para que, de fato, o processo ocorra nas três esferas de governo. Para alcançar esse objetivo, a estratégia pactuada foi a implantação de mesas estaduais, municipais e setoriais. Mais

recentemente, tem-se discutido a implantação das mesas de forma regionalizada.

A implantação das mesas exige da MNNP-SUS constante acompanhamento. Para essa tarefa criou-se o grupo de trabalho permanente de monitoramento e avalição, que tem como missão fomentar e incentivar gestores e trabalhadores no âmbito dos estados e municípios e a organização interna da própria mesa nacional, no que se refere à construção da pauta e processo de trabalho das reuniões. Diante disso, pelas dimensões e complexidades do sistema político do país, o acompanhamento eficaz dessas mesas mostra-se como um enorme desafio, bem como, a revisão e atualização dos protocolos. Para consolidação das mesas instaladas, pretende-se analisar os protocolos construídos revendo seus aspectos de conteúdos e marco histórico de construção.

Convém ressaltar ainda outros desafios a superar, como: aprofundar o debate sobre a desprecarização do trabalho na saúde e sobre as características do conflito nas relações de trabalho no setor privado; avançar no processo de institucionalização da negociação coletiva no setor público em seus aspectos jurídicos e políticos; desenvolver estratégias para o empoderamento e autonomia das mesas no processo de negociação; intensificar a articulação das bancadas de trabalhadores e gestores na definição da agenda de negociação e no compromisso na implantação das propostas pactuadas; acompanhar, monitorar e avaliar as mesas existentes; e aprimorar mecanismos de comunicação entre as mesas de negociação.

OS AVANÇOS COMO RESULTADOS DA NEGOCIAÇÃO COLETIVA

Considera-se que a experiência da MNNP-SUS por si só já se caracteriza um avanço, entendendo como importante as atividades desenvolvidas nesses anos de sua existência, como, por exemplo, o apoio na implantação de espaços formais de negociação em regiões, estados e municípios onde foram abordados temas relevantes para a Gestão do Trabalho e empoderamento dos trabalhadores, colaborando para o fortalecimento da área.

O trabalho da MNNP-SUS junto às Mesas estaduais e municipais passou a exigir a organização de uma rede que articulasse o processo coletivo de negociação. Assim, criou-se o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SINNPE SUS). Esse sistema tem como objetivo a integração das mesas, troca de experiências e construção de processos de negociações sistematizadas com agenda de prioridades capazes de unificar a pauta nacional respeitando as especificidades regionais.

Para que o SINNPE SUS cumpra seu papel e realmente possa fortalecer a mesa nacional com o processo de negociação coletiva, considera-se que é de fundamental importância que as duas bancadas, trabalhadores e gestores, das entidades nacionais façam o debate em suas bases, fomentando assim, a criação de novas mesas com participação efetiva de todos, onde de fato os trabalhadores de todos os serviços e profissões da saúde se sintam pertencentes aos processos e debates. Como também, os gestores dos diversos níveis do SUS possam trazer suas contribuições e juntos possam construir ambientes de trabalho saudáveis buscando consolidar relações democráticas no âmbito do trabalho no SUS.

Apresentam-se também como avanços nestes anos: a agenda do trabalho decente, diretrizes para o protocolo de avaliação de desempenho, a entrada da Secretaria de Políticas para as Mulheres na MNNP-SUS, formação dos Comitês de Desprecarização, Mercosul, Urgência e Emergência, parcerias com a finalidade de capacitar Trabalhadores e Gestores com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (NESC/UFRN), Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON)/órgão complementar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para os pessimistas, os números de mesas instaladas ainda se apresentam de forma tímida e incipiente. No entanto, para as pessoas que militam nesse universo do processo de negociação, esses números são conquistas irrefutáveis, resultado de muita luta e determinação por parte de todos que defendem o SUS como política pública de estado.

É nesse contexto que se defende a institucionalização da MNNP-SUS como parte legalmente instituída por lei e obrigatória dentro do SUS, no intuito de consolidar e avançar com agendas ligadas à superação das dificuldades da gestão e democratizar a saúde também para seus trabalhadores.

BRAGA, Douglas Gerson. **Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

BRASIL. Resolução n. 52, de 6 de maio de 1993. Institui uma mesa nacional de negociação, como o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregados e trabalhadores do Sistema único de Saúde – SUS sobre todos os pontos pertinentes a força de trabalho em saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 maio 1993. p. 7041.

_____. Resolução n. 331 de 4 de novembro de 2003. Reinstala a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – MNNP-SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2003. p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS:** democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br /index.php/o-ministerio/principal/secretarias/491-sgtes-p/gestao-do-trabalho-raiz/mesa-nacional/l1-mesa-nacional/10050-composicao>. Acesso em: 28 jun. 2016.

MACHADO, Maria Helena. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). **Politicas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. v. 1, p. 309-332.

MACHADO, Maria Helena et al. A Mesa de Negociação como instrumento para a gestão do trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde,** Brasília, DF, v. 3, n.1, p. 134-141, 2006.

As disputas em torno da Mesa

Cipriano Maia de Vasconcelos

INTRODUÇÃO

A Mesa de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) em Natal é reinstalada em abril de 2013 num contexto de reconstrução do SUS no município, em sequência aos críticos problemas vivenciados no governo municipal no decorrer da gestão encerrada em 2012.

Apresentamos nesta narrativa um relato singular de acontecimentos relacionados à instalação e ao funcionamento da Mesa e uma particular interpretação do processo, sob a condição de sobre implicação do autor, então gestor municipal da Saúde, no período de 2013 a 2014.

Buscamos descortinar os conflitos, as negociações e as estratégias dos atores em torno da mesa, os acordos e os desacordos, e os confrontos e enfrentamentos que se produziram para além do cenário da mesa, mas que tiveram uma participação efetiva dos seus atores na negociação dos conflitos e na construção de novos pactos.

Ao final, enunciamos alguns aprendizados resultantes da análise empreendida.

O CONTEXTO E AS EXPECTATIVAS

A implantação da Mesa de Negociação Permanente do SUS em Natal aconteceu no contexto de início de uma nova gestão municipal que assumiu o governo após as eleições de 2012 e que teve como desafio primeiro restaurar as condições de governabilidade do município, após a crise instalada na gestão anterior e agravada com o afastamento judicial da chefe do executivo municipal. A aposta da equipe de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal era que a institucionalização da Mesa contribuiria para lidar de modo mais adequado com os conflitos das relações de trabalho e assim propiciar aprimoramento da gestão do trabalho e melhoria no desempenho dos servidores, com repercussões positivas na qualificação dos serviços ofertados aos cidadãos.

A situação dos serviços integrantes da rede do SUS, no município, nos momentos iniciais da gestão – janeiro de 2013 – era de absoluto colapso, com descontinuidade no funcionamento de alguns deles por falta de pessoal nas escalas de plantão e nas equipes de serviços, além dos problemas estruturais que afetavam a quase totalidade das Unidades de Saúde. Revelava-se de cara a gravidade do problema da gestão de pessoal no setor saúde municipal, povoada por múltiplos tipos de contratos, individuais e coletivos, com servidores, empresas e cooperativas, para manter o funcionamento dos serviços, agravado pela dependência das cooperativas médicas, de anestesiologistas e de especialistas, na prestação de serviços profissionais médicos, particularmente nos serviços de Urgência e na alta complexidade.

As iniciativas primeiras nesse campo se voltaram para negociar contratos e administrar processos emergenciais para

restabelecer o funcionamento dos serviços, ao tempo em que se iniciava o diálogo com a representação dos servidores, com o Conselho Municipal de Saúde e com o Ministério Público, para se formalizar compromissos que viabilizassem a retomada dos serviços e o processo de reestruturação do SUS no município.

A vivência e a experiência sindical e associativa de vários integrantes da equipe que assumiu a gestão da SMS, naquele momento, associada à qualificação acadêmica dos mesmos, inclusive na área de gestão de pessoas, se projetou na formulação das prioridades da gestão, depois incorporadas no Plano Municipal de Saúde 2014-2017, cuja tônica era a democratização da gestão e das relações de trabalho, a responsabilização e a melhoria do desempenho das equipes, e, a valorização e a qualificação dos trabalhadores, com a implementação dos processos de Educação Permanente.

É nesse contexto que surge a proposta de implantação e institucionalização da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS em Natal, seguindo diretrizes estabelecidas pela Mesa Nacional de negociação permanente do SUS nacional. Os relatos de experiências bem-sucedidas de Mesas de negociação em outros municípios estimularam a equipe a perseguir esse objetivo.

O diálogo inicial para implantação da Mesa foi facilitado pela convergência de propósitos, visto que essa proposta de gestão se encontrava presente nas pautas da maioria dos sindicatos da área de saúde, apresentadas nas primeiras reuniões com a gestão da SMS, revelando a força da estratégia junto às lideranças sindicais, produto do trabalho de convencimento e formação induzido pelo Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e outros organismos setoriais nos últimos anos. A exceção se apresentou na recusa

do Sindicato dos Médicos que, mesmo quando convidado a integrar a mesa se recusou a fazê-lo, justificando que havia decisão da categoria de não participar dos processos de negociação coletivos, optando por negociação específica em face dos interesses particulares da categoria.

Contudo, essas discussões iniciais foram pontuadas por questionamentos e desconfianças no processo em face das dificuldades históricas da administração municipal em reconhecer e efetivar os direitos dos servidores e em cumprir acordos negociados, assentados na crença de que os governos só respondem a demandas dos trabalhadores quando pressionados por mobilizações e greves. Esse julgamento tinha um lastro real que se expressava na extensa pauta de demandas trabalhistas acumuladas e não atendidas, que incluía desde atraso no pagamento de férias, de abono de permanência e de quinquênios, até o descumprimento na implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), desrespeito aos preceitos legais de reajuste anual de salários e não implantação da progressão periódica na carreira, mediante avaliação de desempenho, previstos em Lei.

A APOSTA NA NEGOCIAÇÃO COLETIVA NO SETOR PÚBLICO

A negociação coletiva como estratégia para a gestão de conflitos e aprimoramento das relações de trabalho no SUS é institucionalizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da Resolução 52, em maio de 1993, com a criação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), com base no documento "A ousadia de cumprir e fazer cumprir a

lei" no contexto de retomada da implementação do SUS, após o impedimento do presidente Collor (BRASIL, 1993, p. 1).

Essa iniciativa está em sintonia com as experiências vivenciadas pelo movimento sindical, no Brasil, que apostou na negociação coletiva como estratégia de fortalecimento do poder de barganha na disputa por melhores salários e condições de trabalho no contexto de reestruturação produtiva que fragilizou a ação sindical (ARAÚJO; CARTONI; MELLO JUSTO, 2001).

Entretanto, as políticas governamentais para o serviço público implementadas na década de 1990, marcadas pela lógica do ajuste fiscal decorrente dos acordos com o FMI, não favoreceram a participação nem a instituição de espaços de negociação entre servidores e governo. A Reforma de Estado implementada, sob o imperativo contábil do ajuste, penalizou servidores e produziu prejuízos na oferta de serviços públicos, e resultou no aumento da tensão nas relações de trabalho no setor público (BARBOSA E SILVA; GOMES; SÓRIA, 2012).

Esse cenário dificultou a implementação da Mesa do SUS no período do governo FHC e provocou nova manifestação do CNS, em maio de 1997, com a aprovação da Resolução 229, que preconiza a reinstalação da mesa, com os objetivos da Resolução 52/1993, e redefine sua composição. Contudo, os efeitos dessa resolução, mais uma vez, foram frustrados pela indisposição do governo em manter negociações permanentes com o conjunto dos servidores do SUS.

A estratégia será retomada no contexto do governo Lula que anuncia na sua política de pessoal que privilegiará a via negocial para a resolução de conflitos e aponta para a reestruturação do serviço público como caminho para a efetivação das atribuições do Estado no atendimento

das demandas sociais. A instituição da Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP), em Maio de 2003, envolvendo o conjunto das entidades representativas de servidores públicos federais sinalizou um novo momento das relações de trabalho no serviço público, no âmbito da União. Porém, a Reforma da Previdência implementada nos meses seguintes intensificará os dissensos e o conflitos com os servidores e colocou em cheque a estratégia anunciada.

No setor saúde, que havia sido pioneiro na defesa de criação desses espaços de negociação no setor público, essa nova orientação política se traduzirá em mais uma retomada da iniciativa comnova reinstalação da Mesa de negociação do SUS em reunião do Conselho Nacional de Saúde, em Junho de 2003, ancorada nas recomendações contidas no documento *Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH),* depois ratificada por meio da Resolução 331/2003, que preconiza os temas prioritários no processo de negociação e redefine a composição da Mesa.

As mudanças na política e no governo, instalado em 2003, irá produzir alterações na atuação do Ministério da Saúde no campo da gestão de pessoal no SUS com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a formulação e implementação de algumas políticas específicas, como a Política de Educação Permanente no SUS. Nesse contexto, se fortalece o incentivo e o apoio à instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente no SUS.

A REINSTALAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA MESA DE NEGOCIAÇÃO DO SUS EM NATAL-RN

A mesa foi reinstalada ainda sob o clima de confiança inicial estabelecido entre gestores da SMS e lideranças sindicais no contexto do debate em torno das pautas apresentadas no momento inicial da gestão. Esse clima de confiança recíproco possibilitou um debate mais amistoso em torno das questões de gestão de pessoal na SMS e representou uma "moratória" no atendimento de reivindicações salariais represadas, enquanto se buscava aprofundar o conhecimento da situação e formular projetos e ações para responder às demandas imediatas no funcionamento dos serviços.

Dentre essas ações iniciais se destacam: o levantamento das necessidades imediatas de pessoal para manter os serviços funcionando e a abertura de novos serviços essenciais; a renovação de contratos vincendos; a constituição de grupo de trabalho para a realização do dimensionamento de pessoal da Secretaria; o diagnóstico das principais demandas apresentadas pelos sindicatos; a elaboração de projeto de lei para regulamentar a contratação temporária de pessoal visando suprir essas necessidades imediatas, aprovada em julho de 2013 (NATAL, 2013).

O ato de relançamento, que representou a reafirmação de compromisso da gestão da SMS com a participação dos servidores e estratégia institucional que visava instaurar o diálogo permanente como base para as relações de trabalho no SUS municipal, ocorreu no dia 26 de abril de 2.013, em ato político realizado na abertura do II Seminário de capacitação dos participantes da Mesa e contou com representação de servidores, representantes institucionais do governo e dos sindicatos e

representante da MNNP-SUS. Na oportunidade foi aprovado o Protocolo de intenções -Protocolo MMNP-SUS/Natal nº 001/2013 (DOM de 17/07/2013) - em que as partes firmaram compromissos com a sua instituição e estabeleceram as regras iniciais de seu funcionamento. (NATAL, 2013).

O processo foi conduzido pela Direção do Departamento de Gestão de Pessoas, apoiado pela Secretaria Adjunta de Gestão de Pessoas, e contou com o apoio da Mesa Nacional de negociação permanente do SUS, através de apoiadores locais e nacionais, que se fizeram presentes na orientação do processo de institucionalização e na capacitação dos representantes sindicais e institucionais que viriam a integrar a Mesa.

A institucionalização da MMNP-SUS Natal, nessa retomada, se fez *pari passu* com o transcurso do processo de negociação em torno das pautas apresentadas pelos diversos sindicatos que integrariam a mesa. A assinatura do Protocolo realizada no ato de reinstalação foi precedida de vários encontros para a discussão dos compromissos a serem firmado pelas partes. Na sequência foram discutidos, assinados e publicados os atos normativos que regulamentaram o processo de institucionalização (SILVA, 2014):

- Ata de 26/04/2013, registra o Ato de reinstalação da Mesa Municipal de Negociação Permanente (MMNP-SUS Natal);
- Portaria GS-SMS n.º 142 de 25/06/2013, formaliza a Implantação/Funcionamento da MMNP-SUS Natal (DOM de 27/06/2013);
- Protocolo MMNP-SUS/Natal n.º 001/2013, de 26/04/2013 institui o Regimento de Funcionamento da MMNP-SUS (DOM de 17/07/2013).

A composição da Mesa nos termos do Protocolo publicado no DOM de 17 de julho de 2013 foi estabelecida nos seguintes termos:

> CAPÍTULO II - DA CONSTITUIÇÃO DA MMNP-SUS/NATAL
>
> Art. 2º - A MMNP-SUS/Natal é constituída, de forma paritária, por duas bancadas, efetivos e igual número de suplentes, sendo uma bancada de representantes da Gestão Municipal de Natal, através da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria Municipal de Administração e Gestão Estratégica e da Secretaria Municipal de Planejamento; e outra bancada com representantes do conjunto dos servidores no âmbito do SUS em Natal, da seguinte forma: a) Bancada da Gestão Municipal (com cinco representações) Secretário (a) Municipal Saúde; Secretário (a) Adjunto (a) de Gestão do Trabalho e Suporte Imediato aos Serviços de Saúde; Um representante do Departamento da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES/SMS); Um representante da Secretaria Municipal de Administração e Gestão Estratégica (SEGELM); Um representante da Secretaria Municipal de Planejamento (SEMPLA). b) Bancada dos Trabalhadores (com cinco representações) Um representante do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Natal (SINSENAT); Um representante do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Rio Grande do Norte (SINDSAÚDE-RN); Um representante do Sindicato das Agentes de Saúde do Rio Grande do Norte (SINDAS-RN); Um representante do Sindicato dos Odontologistas do Rio Grande do Norte (SOERN); Um representante do Sindicato dos Médicos do Estado do Rio Grande do Norte (SINMED-RN). Parágrafo Único. Por acordo, as partes poderão permitir a participação de representantes de outros órgãos do governo e de outras entidades sindicais como novos integrantes e/ou observadores da MMNP-SUS/Natal. (NATAL, 2013, p.4).

O Protocolo estabelece também os objetivos da Mesa da forma que se apresenta abaixo:

> CAPÍTULO III - DOS OBJETIVOS
> Art. 3º - Constituem objetivos da MMNP-SUS/Natal:
> a) Contribuir para o efetivo funcionamento do SUS, garantindo o acesso, a humanização, a resolubilidade e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população;
> b) Participar dos processos negociais de caráter permanente para tratar de conflitos e demandas decorrentes das relações funcionais e de trabalho no âmbito da gestão pública municipal do SUS em Natal, buscando alcançar soluções para os interesses manifestados por cada uma das partes, integrando-se, assim, ao Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS – SINNP-SUS;
> c) Colaborar e participar da negociação da Pauta Municipal de Reivindicações dos Servidores do SUS no âmbito do Município de Natal.
> d) Contribuir para a implantação das Diretrizes estabelecidas pelas Conferências de Saúde e pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos - NOB-RH;
> e) Propor procedimentos e atos que ensejem melhorias nos níveis de resolubilidade e de qualidade dos serviços prestados à população;
> f) Propor a melhoria das condições de trabalho e do relacionamento hierárquico dentro das instituições de saúde, com vistas à eficácia profissional dos quadros funcionais;
> g) Contribuir para a pactuação das condições apropriadas para a instituição de um Sistema Municipal de Educação Permanente, contemplando as necessidades dos serviços de saúde e o pleno desenvolvimento na carreira do SUS;

h) Contribuir para a melhoria das relações de trabalho no SUS Municipal, através do incentivo à implantação de processos de qualificação e avaliação do desempenho do processo de trabalho em saúde;
i) Dar tratamento aos conflitos e às demandas administrativas decorrentes das relações de trabalho estabelecidas especificamente no âmbito municipal de atuação. (NATAL, 2013, p.4).

Na sequência do processo de formalização se estabeleceram os procedimentos do funcionamento da mesa, o calendário de reuniões, a composição da representação dos vários sindicatos e do governo e o local das reuniões. De pronto se iniciaram as discussões em torno da agenda de prioridades do processo de negociação, a partir das demandas apresentadas pelos vários sindicatos integrantes da mesa.

A metodologia de trabalho acordada incluía reuniões regulares, previamente convocadas, com pauta definida por acordo, apresentação antecipada das proposições a serem discutidas, criação de grupos de trabalho para análise de dados e informações, formulação conjunta de proposições a serem encaminhadas à apreciação das outras instâncias do Governo Municipal, formalização dos acordos em termos de compromisso e acompanhamento da formulação e apreciação de projetos de lei associados aos acordos firmados (SILVA, 2014).

Podemos afirmar que o processo de reinstalação da MMNP-SUS em Natal, no período em análise, se fez em tempo relativamente célere para esses processos e significou uma aposta dos atores envolvidos na mudança dos padrões das relações de trabalho instituídas na SMS Natal, apontando para a superação da desconfiança e do jogo de barganha imperante nas negociações trabalhistas no setor público.

A NEGOCIAÇÃO E OS IMPASSES

No decorrer dos acontecimentos em torno da Mesa se revelaram os limites e as possibilidades do processo. E se apresentaram as dificuldades dos atores em mudar hábitos arraigados em práticas de negociação orientada pelo confronto sindical no enfrentamento do burocratismo autoritário, permeadas por ações de favoritismo administrativo e clientelismo, dominantes no setor público, nos temos dos modelos especificados por Braga Júnior e Braga (1998).

O processo inicial de negociação foi condicionado pela situação fiscal do município e a gestão da SMS, apoiada pelos demais representantes da administração municipal, sinalizou as dificuldades orçamentárias e financeiras enfrentadas pela Prefeitura no corrente exercício, reiteradas nos discursos do chefe do executivo, apontando as dificuldades na viabilização de acordos, que respondessem às demandas salariais e trabalhistas, que implicassem em ônus financeiro adicional ao orçamento e às finanças do município no exercício de 2013.

O conjunto dos sindicatos apresentava como ponto central da pauta de reivindicações a reposição das perdas salariais decorrentes do descumprimento da Lei 120/2010, que instituiu o PCCS, que previa a correção anual dos salários com base na inflação apurada, preceito desrespeitado pela gestão municipal anterior na data base de 2012. Complementando a pauta se somava um rol de demandas relacionadas à não efetivação das progressões, à não implantação de quinquênios e gratificações, à correção nos valores das gratificações vinculadas ao exercício de atividades específicas, ao atraso no pagamento de férias e licenças, à implantação do vale alimentação e à realização de concurso público, dentre outras reivindicações.

Exercitando a capacidade de diálogo e na busca de uma interlocução produtiva junto aos representantes sindicais, a gestão municipal da saúde propôs que se buscasse hierarquizar as demandas em função das prioridades e que se considerasse o critério da equidade nessas definições, para assim beneficiar os segmentos dos trabalhadores com menor remuneração. Em paralelo se procurava reunir as informações necessárias ao dimensionamento dos custos e das disponibilidades orçamentárias e financeiras para o atendimento de algumas das demandas apresentadas, e instituir um processo de discussão interna ao governo, reunindo as áreas chaves para a análise das informações e construção de viabilidade para as propostas suportáveis no contexto orçamentário do exercício vigente, para serem levadas à apreciação e decisão do prefeito.

Nesse momento se evidenciam as dificuldades do processo e o conflito de interesses e racionalidades. O governo municipal, sem uma política de pessoal definida para o conjunto dos servidores, atuava a reboque das pressões de cada categoria e respondia em função da força de mobilização de cada segmento. A representação das Secretarias municipais na "Mesa" SUS não portava capacidade de análise e intervenção para qualificar a negociação e formulação dos acordos. Então, a equipe de gestão da saúde propôs audiências e encontros periódicos com as Secretarias chaves – Planejamento, Administração, Chefia de Gabinete - e a Procuradoria do Município para análise de informações e formulação de propostas a serem apresentadas, em audiências conjuntas, à apreciação do prefeito e, após tomada de decisão, voltarem à submissão e discussão na Mesa, num movimento de sucessivas rodadas de negociação. Quando se acordavam certas propostas ocorria o encaminhamento para a sua efetivação, mediante atos do executivo ou

encaminhamento de projetos de lei ao legislativo, com acompanhamento dos representantes dos sindicatos interessados.

Os sindicatos, pressionados pelas bases, e movidos pela defesa dos interesses econômicos dos servidores exigem a reposição salarial das datas-bases de 2012 e 2013, vencidas em março de cada ano, e respostas às demais demandas econômicas da categoria, não aceitando o discurso da administração de postergar os aumentos e o pagamento de direitos vencidos em função da crise orçamentária financeira do município. Diante da falta de perspectiva em atender as pautas apresentadas, se iniciam discussões, nas assembleias, apontando para a deflagração de greves.

Na continuidade do processo de negociação no espaço da Mesa se conseguiu acordar alguns compromissos em torno da agenda de prioridades a ser trabalhada nesse momento inicial. Duas reivindicações incluídas na pauta dos sindicatos e que se inseriam na lógica da equidade foram negociadas e acordadas, e em seguida pactuadas no âmbito do governo para os encaminhamentos normativos e legislativos. Foram elas: a correção do enquadramento de assistentes em saúde que já possuíam formação técnica e foram prejudicados na implantação do PCCS em 2010, e a implantação das gratificações específicas de todos aqueles servidores que já estavam desenvolvendo atividades que faziam jus à mesma, sem recebê-la, e a atualização do pagamento do adicional de férias.

Outra questão importante negociada nesses primeiros meses de gestão foi a proposição de lei específica que regulamentasse a contratação temporária de pessoal para atender situações de emergência e necessidades prementes de serviços, até a realização do concurso público. Apesar da resistência inicial, a proposta foi apoiada, e a sua aprovação viabilizou a

contratação do pessoal necessário à manutenção do funcionamento de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), cujos contratos estavam vencidos, e a abertura de uma nova UPA, além de suprir outras necessidades imediatas nos vários serviços de saúde.

No bojo da agenda de prioridades do processo de negociação foi proposto pela equipe da SMS procedermos ao levantamento do "passivo trabalhista" das diversas categorias, não honrados até aquele momento, para um adequado dimensionamento de seus custos e assim viabilizar uma programação orçamentária e financeira que possibilitasse uma solução progressiva das dívidas. A proposta foi aceita e a sua execução mostrou-se problemática tanto por parte da SMS como da Secretaria de Administração, em função da inexistência de sistemas de informações informatizados na gestão de pessoal, agravado pela trama burocrática do fluxo processual na requisição de direitos básicos, como férias, abono de permanência, implantação de quinquênios, progressão, dentre outros.

No entorno da mesa, a área orçamentária e financeira do governo, apesar de concordar com os procedimentos, manifesta a impossibilidade de sanar, nos curto e médio prazos, o volume de dívidas acumuladas e propõe assumir as responsabilidades do atual mandato de governo, atualizando as dívidas do exercício corrente e postergando dívidas acumuladas de governos anteriores.

As iniciativas e as provocações oriundas da Mesa do SUS produziram movimentos no interior do governo que incitaram as secretarias a repensar práticas administrativas e a discutir alternativas às questões postas à mesa. E diante das questões gerais que afetavam o conjunto dos servidores, e das negociações fragmentadas, foi proposto pela Secretaria

de Planejamento que se instaurasse uma Mesa de Negociação Permanente no âmbito da Administração Municipal envolvendo o conjunto dos servidores, medida que, mesmo aceita, não prosperou no âmbito da Secretaria de Administração, responsável pela gestão de pessoal da Prefeitura.

Ainda em 2013 a Mesa enfrentou a primeira greve, pós-reinstalação, pondo à prova a capacidade de negociação dos atores. No curso da negociação foi apresentado pelo governo municipal um termo de compromisso que incluía as principais demandas remuneratórias apresentadas pelos sindicatos em que a Prefeitura se propunha a escalonar os pagamentos de gratificações e remunerações específicas ao longo do exercício de 2013 e no ano orçamentário de 2014.

No primeiro ano de funcionamento da Mesa se promoveram pelo menos dez reuniões formais, cinco ordinárias e cinco extraordinárias, incluindo os encontros com o prefeito municipal, e se celebraram alguns acordos importantes para legitimar o processo com ganhos positivos para os trabalhadores. O primeiro deles, firmado em 27/07/2013, estabeleceu compromissos para: implantação dos quinquênios atrasados; regularização no pagamento do abono de permanência, do 1/3 de férias e do salário família; realização do concurso público. O Acordo nº 002 assegurou a atualização salarial dos assistentes de saúde com base em novo enquadramento no PCCS, viabilizado com a aprovação da Lei nº 134/2013. Foram ainda pactuados no processo de negociação em torno da Mesa, incluindo a negociação com o Sindicato dos Médicos, não participante da Mesa: a reabertura do novo prazo para adesão ao PCCV-S, possibilitando incluir profissionais que haviam perdido o prazo de adesão; correção na implantação do adicional de insalubridade de 10% para 20%,

para os médicos, e para os Agentes de Controle de Endemias, de 20 para 40%, em função dos pareceres técnicos; e o termo de compromisso relativo ao reajuste das datas-bases de 2012 e 2013, que pôs fim à greve entre outubro e novembro de 2013.

AS NEGOCIAÇÕES PARALELAS

O funcionamento da mesa não conseguiu unificar o processo de negociação dos servidores do SUS. Os médicos, por posicionamento político, se recusaram a participar da mesa e abriram negociação em paralelo com o prefeito, cobrando compromissos com o Plano de Carreira Específico para os Médicos e a gestão manteve um processo de negociação específico.

Entretanto, mesmo os sindicatos integrantes da mesa exigiam negociações particulares em torno de demandas específicas de cada categoria por avaliarem que as prioridades inseridas na agenda da mesa não atenderiam nos curto e médio prazos reivindicações específicas de suas categorias. Isso ocorreu com o Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias que exigia gratificação específica de atividade sob a alegação de que era a única categoria integrante das equipes de Saúde da Família que não recebia gratificação, mesmo existindo transferência de recursos. Também ocorreu com o Sindicato dos Odontólogos que cobravam equiparação de gratificações e outras demandas particulares.

A postura da gestão foi de se abrir a negociação e comunicar à Mesa as demandas e os processos negociais paralelos. Nesse campo, a gestão considerou a pertinência das reivindicações e apreciou as possibilidades de atendimento em função da utilização de recursos de transferência SUS vinculados a

programas e ações específicas, como no caso do uso de recursos do teto da vigilância e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para assegurar a gratificação dos agentes.

Importante registrar que nas situações negociadas na mesa que demandaram aprovação legislativa a pressão dos sindicatos foi bastante eficaz para aprovação de leis que beneficiavam os servidores e em muitos casos ajudou a vencer resistências de vereadores que pautavam seu voto pela barganha junto ao executivo. Contudo, em diversos momentos, também usaram seu poder de pressão para obter mudanças em projetos negociados, procurando alargar benefícios e vantagens para categorias específicas.

A GREVE E OS LIMITES DA NEGOCIAÇÃO

O processo de negociação da Mesa evidenciou seus limites na restrita capacidade de resposta às demandas sindicais por parte da gestão setorial da SMS, visto que essas demandas estavam afeitas a reajustes salariais e pagamento de variados benefícios que dependiam de disponibilidade orçamentária e financeira, sob gestão das Secretarias de Planejamento e Administração, e de decisão do chefe do executivo. Com base nessa constatação e ciente de que a decisão relativa às questões salariais estaria na alçada do prefeito, a Mesa solicita à Coordenação da Mesa do SUS o apoio para viabilizar uma agenda com o governo, tendo a participação do Prefeito, para cobrar um posicionamento do mesmo em resposta às pautas apresentadas.

Esse encontro foi viabilizado e assim a negociação extrapolou os limites da mesa setorial e envolveu o conjunto do governo que se mobilizou, para junto com a gestão da SMS, analisar as informações e elaborar propostas apresentadas ao conjunto dos sindicatos em nova audiência com o prefeito.

No entanto, mesmo com essa ampliação do diálogo, não se evitou a greve. O não atendimento da reivindicação do reajuste salarial, correspondente à data-base, nos termos pleiteados levou ao desencadeamento da paralização dos serviços que acirrou o conflito e polarizou a disputa entre a gestão e os sindicatos.

No contexto de greve a negociação se desloca para o âmbito do núcleo de governo composto pelo gabinete do prefeito, controladoria, secretarias de administração e finanças, e procuradoria, mobilizados pela equipe da gestão da SMS, e conta com a participação do prefeito em vários momentos. A proposta negociada que põe fim à greve é formalizada através de um termo de compromisso da Mesa municipal de negociação permanente do SUS que desta forma ganha legitimidade, pois é a partir das negociações iniciadas no espaço da mesa e depois ampliada para o núcleo central de governo que se constroem as alternativas ao impasse gerado na greve.

O termo de compromisso sinaliza importantes conquistas para os sindicatos participantes no processo de negociação diante das dificuldades orçamentárias e financeiras do Município e colocaram o desafio ao governo de dar consequência aos compromissos assumidos. A sequência dos acontecimentos irá mostrar as dificuldades de coordenação do governo para assumir e efetivar os compromissos, mesmo diante da agenda de trabalho proposta pela SMS que se

mobiliza para que os compromissos assumidos produzam os efeitos esperados.

Essa dificuldade do governo em efetivar os compromissos assumidos irá reativar a quebra de confiança e reverberará em novos confrontos no ano de 2014. A campanha salarial pela efetivação do reajuste na data-base do ano de 2014 redundará em nova e arrastada greve com prejuízos no funcionamento dos serviços e na atenção à população, inclusive em serviços de urgência e emergência. A dificuldade do Governo em atender às reivindicações salariais intensificou o conflito e as manifestações, que se traduziram em confrontos que truncaram o processo de negociação. A judicialização da greve foi o caminho adotado pela prefeitura para conter o movimento diante dos riscos que a manutenção da greve traria para a atenção à Saúde da população e ao cumprimento dos compromissos assumidos com o governo federal para assegurar o suporte em Urgência e Emergência durante os jogos da Copa do Mundo 2014.

A decisão judicial pelo fim da greve favorece a retomada das negociações e a Mesa tem papel importante na mediação e na articulação com as outras áreas do governo municipal para a formulação do acordo de compromissos assinado, que repactua negociações anteriores e afirma novos compromissos que incluíram, dentre outros, o reajuste de algumas gratificações para as equipes de Estratégia de Saúde da Família, a instituição da gratificação dos Agentes de Endemias e Agentes Comunitários de Saúde, instituídas na Lei Complementar 143 de 04 de setembro de 2014, e a realização do concurso público. Ainda em 2014 se realizou o concurso para os Agentes de Saúde convocado pelo Edital 001/2014, de 21 de julho de 2014.

Durante o ano de 2014 se realizaram nove encontros (cinco ordinários e quatro extraordinários) da MMNP-SUS e mais cinco encontros extras em conjunto com a "Mesa Geral" que se instituiu durante o processo da greve. Registre-se que essa "Mesa Geral" nunca se institucionalizou e se encontrou apenas no período das negociações.

APRENDIZADOS DA EXPERIÊNCIA

A vivência da implantação e implementação da Mesa de negociação permanente do SUS em Natal, no período assinalado, nos indicam alguns aprendizados práticos que compartilhamos neste relato. De antemão podemos dizer que, apesar das angústias e decepções, valeu a pena ter trilhado as sendas pedregosas e escorregadias, pelas lições que elas nos propiciaram.

Os processos de negociação setorial, a exemplo das Mesas do SUS, encontram grande dificuldade de sustentação na ausência de políticas de pessoal, legitimadas e institucionalizadas, no âmbito do governo, que contemple os direitos e os interesses dos servidores. No caso descrito, anteriormente, ficou patente a falta de prioridade do governo municipal para a questão de pessoal, manifesta na inexistência de política específica e na lógica prevalente de reação a pressões setorizadas, dificultando o cumprimento dos compromissos assumidos, como no caso da implantação da Mesa Geral de negociação permanente no âmbito da Secretaria de Administração.

Com isso o cumprimento dos compromissos assumidos de parte a parte se torna uma batalha sem fim. O governo se mobiliza no momento de tensionamento e procrastina as iniciativas para efetivar os compromissos firmados passado o

momento de mobilização, redirecionando suas energias para as demandas cotidianas que se apresentam na dinâmica do governo. Os sindicatos e seus filiados não conseguem ultrapassar a luta economicista e se arvoram no descumprimento dos pactos, pelo governo, para manter a mobilização em torno dos salários e condições de trabalho, relegando os compromissos com a qualificação dos serviços e o cumprimento de deveres e responsabilidades dos servidores.

A fragmentação da organização e representação sindical é outro fator de complicação no processo de negociação, pois a disputa intersindical leva a uma dificuldade na unificação de pautas e na construção de acordos com maior densidade política e possibilidades de viabilização. A lógica setorizada na ação governamental com dificuldade de coordenação nas ações de gestão de pessoal, somada a centralização da discussão orçamentário-financeira, por sua vez, se apresenta como um óbice a efetivação dos acordos negociados.

A baixa credibilidade dos atores no processo de negociação resultante das experiências negativas passadas cria um clima de desconfiança nos sujeitos envolvidos e descrença nos espaços instituídos com a busca incessante de sucessivas iniciativas junto a atores com poder de influenciar as ações que viabilizem suas reivindicações. Isso foi observado na atitude dos representantes sindicais que só aceitavam negociar com o prefeito ou com os secretários, desacreditando os demais agentes envolvidos no processo institucional da Mesa. Ou, ainda, realizando intensa negociação e pressão junto ao legislativo para fazer valer seus propósitos, para além daquilo que havia se negociado na Mesa.

Os condicionantes estruturais da administração pública nos estados e municípios brasileiros,agravados nos últimos

anos pelo descompasso entre as responsabilidades atribuídas pela Constituição de 1988 na gestão de políticas públicas versus a disponibilidade de recursos resultante da repartição tributária, somados ao avanço do estado burocrático controlista entremeados numa cultura política marcada pelo tráfico de influências instituídas entre interesses particulares e públicos, limitam qualquer proposta de racionalização da gestão pública e consequentemente de relações de trabalho orientadas pela ética, pelo diálogo transparente e por respeito a direitos de trabalhadores e cidadãos usuários.

Um exemplo ilustrativo desse atraso histórico na modernização da gestão de pessoal ficou evidenciado na (des)organização das informações sobre pessoal na Secretaria de Saúde e na Secretaria de Administração que não dispunham de sistemas informatizados para a gestão de pessoal, salvo o sistema da folha de pagamentos, e mesmo este recheado de lacunas e incongruências. No mesmo tom temos uma normatização e uma lógica processual instituída para criar barreiras à consecução de direitos, utilizada por sucessivas administrações, como meio protelatório para conter os gastos com pessoal.

O somatório desses elementos acima elencados resulta numa instabilidade das experiências de negociação e de institucionalização das Mesas de Negociação do SUS que se descontinuam com a mudança dos sujeitos que a implantaram ou implementaram. Com isso, se perdem experiências e saberes e persiste a desconfiança nos processos de negociação, contribuindo para a manutenção de um padrão de relações de trabalho pautado pelas crises e descontinuidade de serviços.

Enfim, a vivência nos ensina que os sonhos de uma gestão democrática e racional das relações de trabalho no SUS, comprometida com os direitos dos trabalhadores e dos cidadãos,

usuários dos serviços, não serão alcançados tão somente com iniciativas setoriais. Por mais ganhos que elas possam produzir, como demonstrado acima, não produzirão efeitos duradouros se não enfrentarmos o debate político e avançarmos nas transformações da administração pública no Brasil, que requerem uma Reforma do Estado pautada pelo interesse público, pelo aprofundamento da democracia participativa e por princípios republicanos tão vilipendiados nos dias que vivemos.

ARAÚJO, Angela Maria Carneiro; CARTONI, Daniela Maria; MELLO JUSTO, Carolina Raquel D. Reestruturação produtiva e negociação coletiva nos anos 90. **RBCS,** v. 16, n. 45, p. 85-112, fev. 2001.

BARBOSA E SILVA, Leonardo ; GOMES, Darcilene Cláudio; SÓRIA, Sidartha. Condições e relações de trabalho no serviço público: o caso do governo Lula. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 20, n. 42, p. 167-181, jun. 2012.

BRAGA JÚNIOR, David; BRAGA, Douglas Gerson. Metodologia de Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde. In: CASTRO, Janete Lima de; SANTANA ,José Paranaguá de. **Negociação coletiva do trabalho em saúde**. Brasília, DF: OPAS/ Rep. Brasil ; Natal, RN: NESC/UFRN, 1998. p. 91-125 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 052, de 06 de maio de 1993**: [institui a Mesa Nacional de Negociação, dispondo suas atribuições e composição]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_93.htm>. Acesso em: 21 ago. 2016.

_____. **Resolução nº 229, de 03 de julho de 1997**: [aprova a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação bem como a composição das representações]. Disponível em: <http://conselho.saude. gov.br/resolucoes/reso_97.htm>. Acesso em: 21 ago. 2016.

_____**. Resolução nº 331, de 04 de novembro de 2003**: [ratificar o ato de reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS-MNNP-SUS].Disponível em: <http://conselho.saude. gov.br/resolucoes/reso_03.htm>. Acesso em: 21 ago. 2016.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 142/2013-GS/SMS de 25 de junho de 2013: reinstalar a Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS em Natal...**Diário Oficial do Município**, Natal, RN, ano 13, n. 2549, 27 jun. 2013. p. 2. Disponível em: <http://portal.natal.rn. gov.br/_anexos/publicacao/dom/dom_20130627.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2016.

NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mesa Municipal de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde em Natal. **Protocolo da Mesa Municipal de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde em Natal – MMNP-SUS/Natal:** Protocolo n.º 001/2013: regimento institucional da Mesa Municipal de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde em Natal – MMNP-SUS/NATAL. **Diário Oficial do Município**, Natal, RN,ano 13, n. 2564, 17 jul. 2013. p.4.Disponível em: <http://portal. natal.rn.gov.br/_anexos/publicacao/dom/dom_20130717.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2016.

SILVA, Francisca Valda. **Institucionalização da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS (MMNPSUS) Natal**: contextualização, histórico da criação, implantação e funcionamento. Apresentação em Power point, no II Encontro Nacional das Mesas de Negociação Permanente do SUS - Painel de Experiências "Negociação Coletiva na Saúde: perfil das Mesas de Negociação do SUS e protagonismo das esferas Estadual, Municipal e da Mesa Setorial do MS". Brasília, 19 nov. 2014. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/01/Francisca-Valda-20-11-14.pdf>. Acesso em:21 ago. 2016.

Mesa Permanente de Negociação de Goiânia: trajetória e desafios à consolidação

Nelson Bezerra Barbosa
Marilúcia Batista Antônio Silva
Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis
Carlos Rodolfo Mohn Neto
Kátia Martins Soares

INTRODUÇÃO

As mudanças observadas no processo saúde-doença ao longo do tempo, decorrentes das transições epidemiológica e demográfica, tornaram mais complexas as formas de abordagem desse fenômeno pelo setor. A necessidade de ações de natureza intersetorial que enfatizem a melhoria da qualidade de vida de grupos e comunidades demanda processos decisórios mais complexos. O grau de complexidade dos problemas em saúde e o concurso de diversos setores no seu enfrentamento aumentam a probabilidade de ampliação das tensões e conflitos, seja pelas diversas perspectivas na identificação e seleção de problemas, de explicação destes e/ou das diferentes formas de promover intervenção sobre eles (BRAGA, 1998).

Em relação aos seus processos e práticas de trabalho, o setor saúde é caracterizado pela presença de um conjunto de riscos ocupacionais que abrangem como fatores causais as condições e relações de trabalho, estas últimas traduzidas, entre outras coisas, pela expectativa de remuneração compatível com a importância, os riscos e a formação técnica exigida para o desempenho das atividades desenvolvidas na atenção à saúde de grupos e pessoas. Os conflitos, portanto, afetam diversos atores e interesses que vão desde o espaço das unidades de prestação de serviços, das instituições gestoras do sistema, seus fornecedores e, sobretudo, seus usuários (CASTRO; VILAR; LIBERALINO, 2014).

No âmbito do setor saúde, as diferentes formas de conceber e explicar problemas, bem como os diversos interesses que atravessam o setor, geram conflitos e tensões que se constituem como parte inerente da gestão. Essa situação demandou a implantação e desenvolvimento de um sistema de negociação, organizado por meio das Mesas Permanentes de Negociação em Saúde, com diversas experiências em curso no país, como estratégia para melhorar a gestão dos serviços e ações, com desdobramentos sobre capacidade resolutiva do sistema e satisfação de seus usuários (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE, 2011).

A primeira condição para o estabelecimento de processos de negociação é a admissão da existência do conflito e sua natureza. Neste aspecto, os conflitos podem ser classificados em duas categorias: conflitos não organizados, que não implicam necessariamente em reivindicações, manifestando-se, de forma indireta, em fenômenos como alta rotatividade e absenteísmo; a segunda categoria é a dos conflitos organizados, que abrange demandas passíveis de negociação (CASTRO; VILAR; LIBERALINO, 2014).

Outra condição fundamental é a análise da viabilidade das estratégias possíveis de enfrentamento do problema, além do mapeamento de atores, internos e externos ao setor, que podem vocalizar os diferentes interesses e a legitimidade destes para assumirem a participação em um processo de negociação. No caso do setor, a adoção de mecanismos de controle social e seu compromisso com a melhoria da situação de saúde da população assistida implicam focalizar os ganhos que esse processo pode gerar sobre melhoria da qualidade do serviço prestado (BRAGA, 1998; DAU, 2008).

O que define, afinal, a negociação? De maneira geral, ela pode ser definida como a busca de soluções de acordo entre as partes envolvidas em um conflito, por meio de novas possibilidades de resolução, com base em objetivos de cada uma destas partes (GARCIA; FERREIRA, 2008). Um aspecto importante a destacar é que em um processo de negociação deve ser reconhecida a condição de igualdade entre os participantes para que a negociação possa ocorrer. Do ponto de vista operacional a negociação implica deslocamento dos participantes de suas posições originais, divergentes na abertura do processo, a um ponto em que um acordo seja possível (BRAGA, 1998).

O processo de negociação possui algumas características que precisam ser observadas para o seu êxito. A primeira delas refere-se à distribuição assimétrica da informação, sendo seu primeiro objetivo reduzir a assimetria entre os participantes. A segunda implica reconhecer a complexidade dos atores e do objeto da negociação. Outra característica é a incerteza estrutural do processo, seja pelo desconhecimento das diversas opções em jogo, seja pelas dúvidas quanto à viabilidade da opção negociada (BRAGA JÚNIOR; BRAGA, 1998).

A negociação abrange, ainda, um conjunto de etapas para sua organização e desenvolvimento. O primeiro passo envolve a definição de uma agenda de negociação, com a identificação de áreas de interesse comum. O segundo refere-se ao estabelecimento da matéria negocial, bem como do conjunto de regras sobre padrões de comportamento esperado. Terceiro, o ajuste dos interesses conflitantes, ou seja, o conjunto de elementos possíveis de um acordo inicial. Quarto, o compromisso resultante deste exercício de entendimento, sujeito à validação e ratificação das partes envolvidas.

A negociação ocorre em dois níveis, os temas e problemas definidos na agenda e o gerenciamento das discussões entre as partes envolvidas. O gerenciamento das conversações sobre a agenda de negociação implica seleção do modo de organizar a sua condução, que pode ser do tipo concessão unilateral, competitiva e coordenativa. A primeira trata de uma estratégia de redução de distâncias entre negociadores; a segunda refere-se a um movimento de pressão permanente de uma parte sobre a outra; a terceira estabelece uma atitude de colaboração, por intercâmbio de informações ou de recursos.

Para o estabelecimento de condições necessárias ao desenvolvimento de uma negociação de natureza coordenativa são fundamentais a disponibilidade para colaborar e a confiança na cooperação da outra parte. Além disso, são aspectos importantes: priorizar altas demandas iniciais como propósito da negociação; definir e implementar posições e modos de negociação, focalizando a matéria objeto da negociação e o objetivo a ser alcançado e não os sujeitos. A pauta deve ter centralidade no processo, evitando o tipo de jogo perde-ganha, no qual a finalidade é derrotar e enfraquecer o interlocutor (BRAGA, 1998).

Tendo em vista essas considerações iniciais, o presente artigo tem como propósito descrever a trajetória da implementação da Mesa Municipal de Negociação Permanente (MMNP) de Goiânia, destacando seu processo de institucionalização, a formação da agenda de temas e problemas abrangidos pela MMNP, as matérias priorizadas pela MMNP e suas decisões mais importantes. Em relação às decisões, deverá ser observado não apenas o que foi negociado entre as partes, mas também a inclusão de compromissos que afetam o atendimento de demandas e necessidades dos usuários

do Sistema Único de Saúde em Goiânia. O período descrito abrange o intervalo que vai da criação da MMNP (2001) até o ano de 2014. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, baseada na análise dos documentos que registram a trajetória da MMNP (atas, portarias e protocolos).

TRAJETÓRIA DO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA MNP – GOIÂNIA

A Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS (MMNP) – Goiânia foi criada em 2001 e instituída oficialmente como espaço de integração entre trabalhadores e gestores em abril do ano seguinte. Entretanto, desse período até o ano de 2011, esse fórum sofreu um processo de descontinuidade em seu funcionamento, que promoveu seu esvaziamento. A despeito da formação de uma pauta de discussão, que incluía temas como: reivindicações trabalhistas; relações de trabalho; benefícios – valorização do trabalhador; plano de carreiras, cargos e salários; realização de concursos e convocação de aprovados e; fluxo de processos da Secretaria Municipal de Saúde, não houve decisões em relação às discussões promovidas (GOIÂNIA, 2011a).

O intervalo de 10 anos entre a criação e a reinstalação da MMNP reproduz o processo observado em relação à Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP). A primeira tentativa de instalação da MNNP deu-se em 1993, com reiteradas interrupções em seu funcionamento, até sua reinstalação em 2003, a partir do qual se observa uma atuação mais perene e sistemática desse fórum. Esta situação em relação à mesa nacional tem como fatores condicionantes a

tardia adesão do Brasil à convenção 159/1978 da Organização Internacional do Trabalho, que trata do direito à organização e liberdade sindical no setor público e às divergências quanto ao entendimento sobre a admissão da Negociação Coletiva no âmbito da administração pública (MILITÃO, 2011).

É importante ressaltar que o movimento de reforma do sistema de saúde implementado no Brasil aconteceu na esteira do processo de redemocratização do país, e que entre os princípios que informam a organização do sistema está o da Participação Social, abrangendo a estruturação dos conselhos de saúde, com participação de usuários e trabalhadores como condição para adesão de estados e municípios ao sistema (BRASIL, 1990; 1991).

Na elaboração da Constituição Federal de 1988, o direito de organização sindical e de greve foi estendido aos servidores públicos. A não regulamentação desses direitos ensejou tensões no meio jurídico em relação à forma de tratar o direito à Negociação Coletiva no setor público, que acabou por se consagrar em função de iniciativas que foram implementadas em diversos espaços, com base nos princípios organizativos do sistema e seu compromisso com a participação social e com a transparência em seu processo decisório (BRASIL, 1988; MILITÃO, 2011).

Ressalte-se que, a despeito de divergências entre os juristas, a experiência do Instituto de Assistência Médica dos Servidores Estaduais de São Paulo (IAMPSE) com a implantação desse instrumento de negociação já havia sido experimentada, em 1989, tendo papel fundamental na disseminação desse fórum no âmbito do setor público. Em 2002, o município de São Paulo cria o Sistema de Negociação Permanente da administração

pública, estendendo o processo de negociação a todos os setores (BRAGA JÚNIOR; BRAGA, 1998; MILITÃO, 2011).

A reinstalação da MMNP na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, por meio da Portaria 270/2011, reafirmou os objetivos desse fórum estabelecidos pela MNNP, estando referidos à melhoria da qualidade de vida e condições de trabalho; manutenção de atitude dialógica entre os responsáveis pelo sistema com vistas ao fortalecimento da capacidade de resposta às necessidades da população; compromisso com a defesa do interesse público. A composição abrange uma bancada sindical, composta por 10 (dez) entidades das diversas categorias e setores; e uma bancada de gestores, com igual número de participantes, distribuídos entre as diversas unidades administrativas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia. A coordenação da MMNP ficou a cargo da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (GOIÂNIA, 2011).

O regimento institucional da MMNP faz menção a um aspecto importante ao desenvolvimento do processo de negociação: a presença do elemento mediador de conflitos e a participação de representantes da área financeira da administração municipal. Em se tratando de um fórum criado para enfrentamento e resolução de conflitos, é necessário considerar que há situações em que os conflitos podem evoluir para a impossibilidade de que as partes consigam a sua superação.

Nestes casos, admite-se a inclusão de um elemento externo, reconhecido pelas partes em litígio como alguém com autoridade e legitimidade para fazer a mediação, tendo em vista as consequências que o não desfecho da negociação pode ter para as partes diretamente envolvidas (trabalhadores e gestores), como para aqueles que, embora não participem

diretamente, podem ser afetados pela não decisão (usuários do sistema). Na prática, observa-se que a mediação aconteceu em algumas situações, quando a presença do Ministério Público foi demandada para esclarecer dúvidas e estabelecer acordos entre as partes, objetivando a superação de impasses criados na negociação.

A agenda de um fórum envolve e pressupõe um conjunto de demandas que podem ter implicações financeiras, com desdobramento sobre a aplicação de regras que envolvem a alocação e execução de recursos financeiros, como a Lei de Responsabilidade Fiscal. Observando a proposta de pauta quando da primeira tentativa de instalação da MMNP (2001), é possível detectar a presença de reivindicações que promovem impacto financeiro. Como tratar desse tema sem o concurso de representante da área de finanças da administração municipal? Há, nesse caso, um impasse que remete a duas possibilidades de equação: ou se inclui uma regra que impeça a inclusão desses temas na agenda ou se promove a inclusão de um representante do setor na composição da MMNP.

Outro aspecto importante diz respeito à forma de tomada de decisão. Em relação a esse aspecto a MNNP estabelece que as decisões só podem ser tomadas por consenso (BRASIL, 2006), evitando que a disputa se resolva por meio de maiorias circunstanciais. A posição está incorporada ao regimento da MMNP, como base para a estruturação de um processo de negociação que envolve diversos e complexos temas. O condicionamento é fundamental para aprimorar e fortalecer a capacidade do exercício da negociação, demandando capacidade de escuta, de argumentação e de respeito às diversas posições existentes, elemento basilar para construção de relações democráticas.

O primeiro exercício de pactuação entre os participantes de um fórum de negociação diz respeito ao que vai ser objeto do processo. A definição de uma agenda com pontos a serem incluídos demanda um esforço de compreensão sobre as demandas que mobilizam cada uma das partes e como chegar a um consenso sobre o que vai ou não ser incluído na agenda. O segundo trata da capacidade de manter foco de atenção sobre esses pontos, ou seja, de respeitar o que foi acordado, sem prejuízo da inclusão ou exclusão de algum ponto, desde que submetida a acordo entre as partes envolvidas na negociação.

A institucionalização de um fórum como esse tem como condição necessária a criação de regras que definam sua composição e funcionamento. Entretanto, a condição suficiente para que ele se institucionalize é a sua capacidade de manter seu funcionamento orgânico, observando a agenda de negociação estabelecida, as deliberações em relação a estas e o acompanhamento da aplicação de medidas de operacionalização das decisões tomadas.

A FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA AGENDA DA MMNP DE GOIÂNIA

Tendo em vista a aprovação da Portaria de Reinstalação da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS de Goiânia, a coordenação e membros da MMNP dedicaram-se à construção da agenda de trabalho. A primeira reunião focalizou a organização interna das atividades. Os temas predominantes foram a definição da composição da mesa, com a indicação dos nomes dos representantes de cada um dos segmentos estabelecidos na portaria, com seus respectivos

suplentes; definição da proposta de regimento e; sugestão de cronograma de trabalho do fórum.

A segunda reunião tratou da homologação do regimento interno e da composição da mesa. Foi reafirmado o caráter mensal das reuniões. A coordenação da mesa ficou a cargo da Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, por parte dos gestores; e os representantes do Sindicato dos Farmacêuticos e do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, pelos trabalhadores.

A reunião que trataria das pautas prioritárias foi realizada na terceira tentativa, com duas reuniões canceladas por falta de quórum. A pauta com temas a serem discutidos e pactuados na MMNP, propostos pela bancada de trabalhadores, incluiu: progressão no plano de cargos, carreira e vencimentos (PCCV); adicional de difícil acesso e provimento; inclusão no PCCV de categorias não contempladas; melhoria da segurança das unidades; agilidade na gratificação de titularidade e pagamento retroativo; gratificação de urgência e emergência para nível técnico e auxiliar; equiparação dos valores de gratificação de urgência e emergência à dos servidores da Saúde da Família; incorporação ao vencimento dos valores da gratificação especial; alteração do regime jurídico dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias; aproveitamento dos servidores federais devolvidos pelo estado; mapeamento da insalubridade e periculosidade; aposentadoria dos trabalhadores do SUS; política de qualificação; implementação do sistema de informatização de uso dos fiscais; remuneração de atividades extras. Desse total de 16 pontos, apenas três não tratam de questões referentes às relações de trabalho.

Na reunião seguinte foi apresentada a proposta de pauta da bancada dos gestores, com os seguintes itens: política de

educação continuada; relacionamento entre chefia e trabalhadores; absenteísmo e saúde do trabalhador; segurança e condições de trabalho; processos de trabalho sem a lógica dos usuários; gratificações que não impactam na qualidade do atendimento; desvio de função; comprometimento da folha de pagamento na responsabilidade fiscal; precarização de vínculos; revisão de dimensionamento de pessoal. É visível a diferença na abordagem de temas propostos pelas duas bancadas, emblemática das posições que ocupam e reveladora da complexidade do processo de negociação, pelo conflito potencial devido à discrepância entre os enfoques adotados. As duas reuniões seguintes não foram realizadas por falta de quórum, ou seja, ao longo de 2012 foram 5 (cinco) tentativas frustradas de reunião por causa desse problema.

A primeira reunião do ano de 2013 tratou da unificação das pautas e da sua organização em torno de cinco eixos temáticos: plano de cargos, carreira e vencimentos; dimensionamento de pessoal; gratificação; educação continuada, e saúde do trabalhador. O desdobramento disso foi a criação de uma comissão para dar encaminhamento à discussão de temas prioritários, que abrangiam: insalubridade, movimentação, difícil acesso e provimento, flexibilização de jornada de trabalho e inclusão de outras categorias no plano (PCCV).

A partir desse ponto, o tema da insalubridade passou a dominar a pauta das reuniões, agora com a interveniência do Ministério Público do Estado de Goiás (MPEG). Resultou dessa mediação feita pelo MPEG, a elaboração de um Termo de Compromisso e Ajustamento de Conduta que determinava a elaboração dos laudos de insalubridade e periculosidade e adoção de medidas para inclusão do benefício na folha de pagamento da secretaria.

Outro tema importante presente na agenda de 2013 é o referente ao pagamento de auxílio-alimentação, questão muito sensível para trabalhadores de unidades básicas e ambulatoriais situadas em áreas distantes e de difícil acesso. A discussão do problema foi abordada e tratada por meio do Protocolo 001/2013, que contempla os profissionais de saúde com carga horária igual ou superior a 12 horas ininterruptas, excetuadas as unidades que produzam e forneçam alimentação (GOIÂNIA, 2013).

Outro tema que ocupou espaço na agenda de discussões da MMNP foi o relativo à gratificação para profissionais lotados em áreas de difícil acesso e de provimento de recursos humanos. O tema tem merecido especial atenção dos gestores do setor em todo mundo em função dos problemas causados em relação à garantia do acesso universal aos serviços e ações de saúde, com impacto negativo sobre a legitimidade do sistema.

A situação quanto ao provimento de profissionais de saúde é marcada por uma crise global, que se convencionou chamar de Crise da Força de Trabalho em Saúde. Concorrem para este fato as necessidades criadas por mudanças nos modelos assistenciais e as mudanças na composição etária e no perfil demográfico das populações. Esse déficit chega a quatro milhões de trabalhadores, afetando quase todos os países, de forma desigual entre as diversas regiões, com maior impacto sobre as áreas rurais, as periferias das grandes cidades e regiões de difícil acesso (DAL POZ, 2013).

A escassez de profissionais médicos acontece justamente em municípios e regiões com maiores níveis de vulnerabilidade (baixa renda e alto desemprego), além de apresentarem indicadores sanitários precários e serem, em sua maioria, áreas de difícil acesso. Constata-se, portanto, que quanto mais

precárias as condições econômicas e sanitárias, mais distante, e mais difícil o acesso, maior a escassez de profissionais.

A opção adotada para contemplar a demanda de profissionais lotados em áreas remotas e de difícil acesso foi a da precificação do problema. Admitiu-se uma gratificação com base na localização geográfica das unidades, tendo o centro da cidade de Goiânia como marco de referência para a mensuração do deslocamento a ser feito pelo trabalhador do seu domicílio até a unidade de lotação.

As duas portarias emitidas para regulamentação do benefício apresentam como proposta de escalonamento do benefício que dentro de um trajeto entre 5 e 10 km a gratificação seja de 10%; mais de 10 até 15 km, 20%; 30% para os que estão a mais 15 km do local de trabalho. A norma abrange servidores residentes em Goiânia e municípios limítrofes (GOIÂNIA, 2014). A concertação em torno desse problema gerou o segundo protocolo firmado pela mesa; o Protocolo 02/2014, que aprovou a portaria com versão final das regras para concessão do benefício. A alteração abrangeu apenas aspectos relativos aos considerados que fundamentam o documento, sem atingir os critérios indicados acima.

Não foi abordada, nos documentos consultados, nenhuma avaliação da necessidade dessa iniciativa, ou seja, não há uma análise do problema que justifique a medida, a não ser o deslocamento em si. A escassez de profissionais em áreas carentes e vulneráveis é tema complexo para ser equacionado apenas como uma questão financeira. A pergunta que fica é: como aplicar o conceito de equidade para os trabalhadores? Ou, perguntando de outra forma: que estratégias podem ser desenvolvidas para prover e manter trabalhadores nessas regiões?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A negociação como instrumento de gestão do trabalho tem se firmado como estratégia com potencial para a resolução de problemas que afetam as condições e relações de trabalho. Considerando a centralidade do trabalho no desenvolvimento dos sistemas de saúde e o papel que os recursos humanos desempenham nesse processo, a mesa de negociação, observados os princípios da administração pública e de representação e condução de suas discussões, constitui-se em espaço de articulação de medidas que impactam positivamente na qualidade da atenção prestada aos usuários dos serviços de saúde.

A trajetória da MMNP do SUS de Goiânia revela descontinuidade no seu processo de funcionamento em um intervalo significativo de tempo (10 anos), repetindo a trajetória observada pela MNNP-SUS desde sua criação em 1993 até seu processo de reinstalação em 2003. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, em 2003, foi fundamental para garantir a institucionalização desse fórum de debates e de apoio ao processo decisório no âmbito da gestão das condições e relações de trabalho.

No caso do município de Goiânia, a criação de uma estrutura similar no âmbito da SMS de Goiânia parece ter promovido o mesmo efeito quanto ao desenvolvimento das atividades da MMNP, proporcionando maior organicidade ao seu funcionamento, com a participação e engajamento das bancadas que dela fazem parte. Proporcionou a definição de uma pauta negociada de temas prioritários a serem tratados, relevantes e pertinentes à melhoria do ambiente de trabalho. A avaliação da mesa não pode ser medida pelo número de

atas ou protocolos aprovados ou pelo número de problemas com desfecho satisfatório, mas pela aprendizagem proporcionada à arte da negociação e às exigências que aquela impõe ao desenvolvimento de relações democráticas entre gestores e trabalhadores.

Os temas debatidos pela mesa e que tiveram encaminhamentos práticos para sua resolução remetem ao atendimento de direitos legalmente consagrados a trabalhadores inseridos em situação que envolva risco (insalubridade), bem como ao enfrentamento do problema da escassez de profissionais em áreas remotas e de difícil acesso do município de Goiânia. Particularmente no caso da gratificação a profissionais lotados nessas áreas, a gratificação, em si mesma, não é garantia de fixação dos profissionais nessas regiões, mas representa um esforço para remunerar de forma equânime os profissionais, enquanto outras medidas são implementadas. O saldo final da experiência da MMNP revela-se positivo, embora reclame um esforço de busca permanente de qualificação do processo de negociação, com medidas direcionadas às pessoas envolvidas no processo e às condições de funcionamento das atividades da mesa.

BRAGA, Douglas Gerson. **Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998. 193 p.

BRAGA JUNIOR, David; BRAGA, Douglas Gerson. Metodologia de Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde. In: CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaguá de (Org.). **Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde**. Brasília: OPAS/OMS; Natal: UFRN/NESC, 1998. p. 91-125.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. 1988. Disponível em: <www.justica.gov.br>. Acesso em: 19 dez. 2016.

BRASIL. **Lei 8.142/90**: trata do financiamento e da participação social no âmbito do SUS. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica 01/91**: trata da organização e funcionamento do SUS. Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS**. 2. ed. Brasília, DF, 2006. 67 p.

CASTRO, Janete Lima de; VILAR, Rosana L. Alves; LIBERALINO, Francisca Nazaré. (Org.). Gestão do trabalho e da educação na saúde. 1. ed. rev. – Natal: EDUFRN, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. Gestão do Trabalho e da Educação no SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Coleção para entender a gestão do SUS).

DAL POZ, Mário Roberto. A crise da força de trabalho em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, 2013.

DAU, Denise Motta. Interesses envolvidos na negociação do trabalho no SUS. In: BRAGA, Douglas Gerson et al. (Org.). **Curso de negociação do trabalho no SUS**: caderno de textos. FIOCRUZ/ENSP. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008. p. 139-144.

GARCIA, Maysa; FERREIRA, Duvanier Paiva. De que estamos falando? Introdução ao tema da negociação coletiva. In: BRAGA, Douglas Gerson et al. (Org.). **Curso de negociação do trabalho no SU**S: cadernos de textos. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008. p. 36–55.

GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria 270/2011**: dispõe sobre a reinstalação da Mesa Municipal de Negociação Permanente do Trabalho no SUS. Goiânia, 2011.

_____. **Reinstalação da Mesa de Negociação Permanente**. Goiânia, 2011a.

_____. **Protocolo 001/2013**: dispõe sobre orientações, diretrizes e critérios para concessão de Auxílio Alimentação. Goiânia: Mesa Municipal de Negociação Permanente, 2013.

_____. **Protocolo 002/2014**: aprova alteração na Portaria 045/2014 da regulamentação do adicional por desempenho em unidades de difícil lotação e/ou difícil acesso. Goiânia: Mesa Municipal de Negociação Permanente, 2014.

MILITÃO, João Batista dos Santos. **A negociação coletiva do trabalho no SUS**. 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

A produção científica acerca da negociação coletiva do trabalho em saúde no Brasil

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima
Janete Lima de Castro

INTRODUÇÃO

O trabalho no interior das instituições de saúde é uma atividade com alto conhecimento técnico e científico, desenvolvido por múltiplos profissionais devidamente preparados e com diferentes saberes. Para que esse trabalho seja eficaz, é preciso fortalecer a relação interpessoal, resultando numa prestação de serviço com boa qualidade para a saúde da população (NOGUEIRA, 1997). Segundo Castro (1999), no setor público brasileiro, o modelo de gestão encontrado nas referidas instituições é decorrente do modelo de administração implantado em meados do século XIX, cujos princípios norteadores foram o formalismo, a impessoalidade, o controle rígido dos processos administrativos, dentre outros.

Essa forma de organização nas instituições de saúde desencadeia, dentre outras coisas, em práticas de trabalho mecanizadas, proporcionando a centralização do poder e da tomada de decisões, bem como a existência de conflitos de forma demasiada. Os conflitos, sejam entre trabalhadores ou entre trabalhadores e gestores, são inerentes ao processo de trabalho e de gestão nas instituições; ademais, são elementos indispensáveis para que haja a negociação. Apesar de ser elencada como uma das práticas mais difíceis de serem executadas na gestão dos recursos humanos dentro dos estabelecimentos de saúde, a negociação dos conflitos vem sendo incorporada pelas instituições de saúde como uma estratégia para a formulação de mudanças, tendo em vista a melhoria da gestão

dos serviços de saúde (LIMA; CASTRO, 2016; PEREIRA SOBRINHO et al., 2016).

A ausência de iniciativas para a resolução dos conflitos nas organizações de saúde pode ocasionar a desmotivação e desvalorização dos trabalhadores, em virtude de não existir espaços que propiciem o protagonismo dos profissionais nos processos de gestão. Em decorrência disso, práticas de trabalho e de assistência à saúde são produzidas de formas insatisfatórias. Para oferecer um serviço de boa qualidade à população é preciso valorizar, primeiramente, a força de trabalho, estimulando a criação de políticas de qualificação profissional e de boas condições de trabalho (SANTOS FILHO; BARROS, 2007; ASSUNÇÃO, 2012).

Nessa perspectiva, no ano de 2003 o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e, na tentativa de romper com a verticalização do trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), baseando-se na Convenção n.º 154[1] da Organização Internacional do Trabalho, passou a incentivar com mais intensidade a prática da negociação coletiva do trabalho nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Tal incentivo visa democratizar as relações de trabalho e, por conseguinte, valorizar os trabalhadores por meio do princípio da participação e do diálogo.

Porém, essa não foi a primeira iniciativa no setor saúde. No Brasil, a prática da negociação coletiva remonta ao processo de democratização vivido no país com o fim da ditadura militar, sendo pauta da luta do movimento sindical.

1 Aprovada em 1981, durante a Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho realizada em Genebra/Suíça, prevê a negociação coletiva como um fator importante para todos os ramos da atividade econômica e aplicável nas diversas organizações (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2011).

Especificamente no setor saúde, a negociação coletiva está instituída desde 1993, quando o Conselho Nacional de Saúde implantou a Mesa Nacional de Negociação no Ministério da Saúde, através da Resolução n.º 52/1993. Após algumas interrupções, foram publicadas duas outras Resoluções (Resolução n.º 229/1991 e Resolução n.º 331/2003) para a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação (BARALDI, 2010).

Após a sua reinstalação em 2003, a referida Mesa foi renomeada como Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, na perspectiva de desenvolver um trabalho contínuo e ininterrupto. De acordo com Castro, Silva e Castro (2016), as Mesas são espaços privilegiados compostos por representantes da gestão e dos trabalhadores, de forma paritária, para a mediação de conflitos e para a melhoria das condições de trabalho, interferindo de forma positiva na qualidade da assistência ofertada pelo SUS.

Além da implementação da negociação coletiva no âmbito do trabalho em saúde, é preciso produzir conhecimento científico para avaliar o impacto dessa prática e subsidiar novas ações para o enfrentamento dos desafios ainda persistentes. Ademais, é preciso disseminar esse conhecimento entre a comunidade acadêmica e para a sociedade, tendo como premissa o compromisso de propor melhorias na coletividade em que vivemos.

Diante disso, e considerando a existência de pesquisadores da área da saúde em diferentes instituições de ensino e pesquisa do Brasil que estão produzindo conhecimento de maneira constante, este texto tem a finalidade de revelar a produção científica acerca da negociação coletiva do trabalho em saúde no Brasil.

OS PASSOS DA INVESTIGAÇÃO

Para alcançar o propósito deste texto foi realizada uma busca bibliográfica de capítulos de livros, livros, artigos, monografias, dissertações e teses publicadas nas bases de dados científicas *Scientific Electronic Library Online (Scielo),* Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Publisher Medline (Pubmed), Scopus, Wholis* e Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (Capes/MEC), utilizando três descritores: negociação, negociação coletiva e conflito de interesses. Tais descritores fazem parte da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS), criado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) para servir como uma linguagem única na indexação de assuntos da literatura científica em três idiomas (português, inglês e espanhol).

Nesse levantamento bibliográfico, realizado no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017, foram identificadas 5.192 produções. Após a leitura dos títulos e dos resumos dos manuscritos, bem como eliminação dos trabalhos que se repetiam, foram selecionadas 21 produções. Posteriormente, aplicou-se o método da análise de conteúdo, por meio da técnica da análise temática proposta por Minayo (2013), para averiguar quais os principais temas abordados nas referidas produções científicas.

Ainda segundo Minayo (2013), o tema é o elemento significativo encontrado na leitura de um determinado texto, denotando os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. Além disso, a análise temática pode ser classificada em unidades de registro, podendo

ser palavras, frases, personagens, dentre outros elementos, que possam facilitar a interpretação das mensagens. Ao final, foram definidos três principais temas (Negociação de conflitos nas organizações de saúde; Mesa de Negociação Permanente do SUS; e Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS) que auxiliarão na apresentação dos resultados encontrados.

CARACTERÍSTICAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

A prática da negociação coletiva, juntamente com a implementação dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e o uso da informação como ferramenta para o planejamento e gestão em saúde, ainda é recente nas instituições de saúde do SUS e tem sido fortemente incentivada a partir de 2003, quando ocorreu a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Ministério da Saúde e a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (PIERANTONI et al., 2012). Consecutivamente, pouco se tem estudado e publicado sobre a temática em questão.

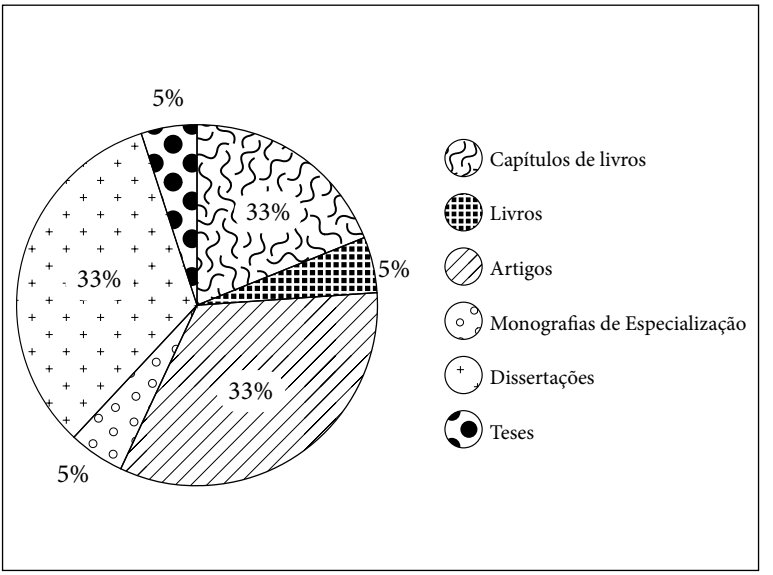
Os achados dessa pesquisa bibliográfica revelam que a produção científica acerca da negociação coletiva do trabalho em saúde no Brasil ainda é pequena, comparando-se com a produção científica relacionada a outros temas da área da gestão do trabalho e da educação na saúde. Um estudo realizado por Pinto et al. (2013), por exemplo, com o objetivo de analisar as características da produção científica sobre educação e trabalho em saúde no Brasil entre os anos de 1990 e 2010, encontrou 532 trabalhos publicados nas bases *Scielo* e *Lilacs*, onde a maioria deles (71%) versava sobre formação e

capacitação de recursos humanos em saúde. Ainda segundo Pinto et al. (2013), na categoria administração de recursos humanos em saúde foram encontrados 14 artigos (2,6%) e nenhum tratava da negociação coletiva do trabalho em saúde.

Dentre as 21 produções encontradas na pesquisa que deram origem ao presente texto, existem quatro capítulos de livros (BRAGA, 1996; ALMEIDA; VILAR, 2016; CASTRO; SILVA; CASTRO, 2016; PEREIRA SOBRINHO et al., 2016), um livro (CASTRO; SANTANA, 1998), sete artigos (BRAGA JÚNIOR, 1998; ROSSO, 2006; SALES, LIMA; FARIAS, 2007; VENDEMIATTI et al., 2010; CASTRO; CASTRO; LOPES, 2012; DAU; CERCA, 2012; DEOLINDO et al., 2012), uma monografia de especialização (OLIVEIRA, 2011), sete dissertações (VEIGA JUNIOR, 1993; SOEIRO, 1995; DAU, 2005; MILITÃO, 2011; SILVA, 2012; ALMEIDA, 2015; SANTOS, 2015) e uma tese (COELHO, 2011) (Gráfico 1).

No que diz respeito ao número de dissertações, três (42%) são oriundas de cursos de mestrado profissional, sendo uma do mestrado profissional em saúde pública da Fundação Oswaldo Cruz (MILITÃO, 2011), uma do mestrado profissional em saúde coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ALMEIDA, 2015) e uma do mestrado profissional em gestão do trabalho e da educação na saúde da Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca (SILVA, 2012). A proposta dessa modalidade de curso, pautada na integração ensino-serviço, é conciliar os conhecimentos acadêmicos com os conhecimentos gerados nos serviços de saúde para identificar problemas e propor soluções através de projetos de intervenção, na perspectiva de melhorar a qualidade da gestão do SUS (GAMA, 2016).

Gráfico 1 – Distribuição das publicações nacionais sobre negociação coletiva do trabalho em saúde, Brasil, 2017



Fonte: Elaboração dos autores.

O Ministério da Saúde vem realizando nos últimos anos diferentes parcerias com instituições públicas de ensino e pesquisa para qualificar a força de trabalho que atua na área da gestão do trabalho e da educação na saúde. Além do mestrado profissional em gestão do trabalho e da educação na saúde, citado no parágrafo anterior, podemos citar outros exemplos dessas parcerias, como os cursos de aperfeiçoamento e de especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde, ofertados pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte no período de 2013 a 2016, na modalidade de Educação a Distância (EaD), qualificando 869 profissionais nas regiões

Nordeste, Centro-Oeste e Norte do país (CASTRO et al., 2014; CASTRO et al., 2016).

Anterior à experiência da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ofertou cursos de especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde, na modalidade presencial, para qualificar os trabalhadores de nível superior atuantes no SUS no ano de 2011. De acordo com Machado et al. (2011), o citado curso de especialização, ofertado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, integrava um dos componentes do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (PROGESUS).

Ambos os cursos, o da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e o da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, exigiam como produto final ao corpo discente uma monografia com características de um projeto de intervenção, na perspectiva de amenizar os problemas encontrados na gestão dos recursos humanos em saúde. Dentre tais monografias, uma sobre a temática da negociação coletiva do trabalho foi encontrada a partir desse levantamento bibliográfico. É importante ressaltar que existem outras monografias que abordam a temática da negociação coletiva nos cursos mencionados[2], porém, com indexação nas bases de dados pesquisadas e com os descritores utilizados, apenas há a de Oliveira (2011).

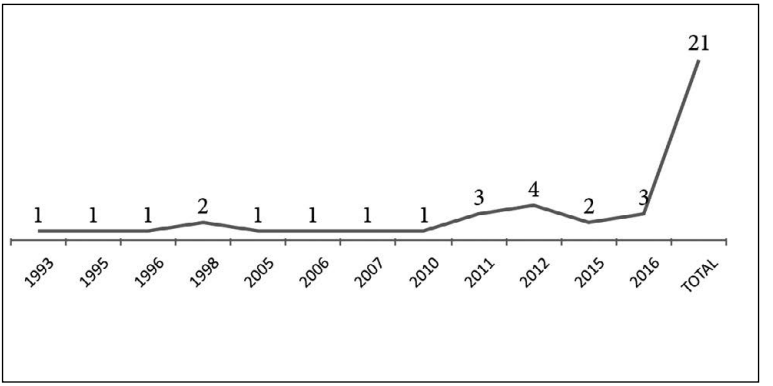
Todas essas produções citadas foram publicadas entre 1993 e 2016 (Gráfico 2), sendo a maioria (19%) publicada no ano de 2012 (CASTRO; CASTRO; LOPES, 2012; DAU; CERCA,

2 No curso de especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte para as regiões Norte e Centro-Oeste, por exemplo, foram desenvolvidas 337 monografias. Dessas, 23 versavam sobre a negociação coletiva do trabalho em saúde (CASTRO et al., 2016).

2012; DEOLINDO et al., 2012; SILVA, 2012). Esse aumento no número de publicações no ano de 2012, mais precisamente de artigos, foi ocasionado pela segunda edição especial do periódico *Divulgação em Saúde para Debate*, vinculado ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), sobre a temática da gestão do trabalho em saúde.

De acordo com Machado e Oliveira (2012), autoras do texto de apresentação da segunda edição especial do referido periódico, a gestão de recursos humanos passou a ser uma questão estratégica na gestão do SUS, pois não há gestão de um sistema sem haver gestão de pessoas e processos de negociação. Nessa perspectiva, divulgar pesquisas e experiências sobre a gestão do trabalho em saúde, incluindo a negociação coletiva do trabalho, serve para incentivar a elaboração de outras pesquisas e auxiliar gestores de saúde na tomada de decisões.

Gráfico 2 – Evolução temporal das publicações nacionais sobre negociação coletiva do trabalho em saúde, no período de 1993 a 2016, Brasil, 2017



Fonte: Elaboração dos autores.

No quantitativo de produções científicas oriundas de pesquisas, 28% foram realizadas por instituições de ensino e pesquisa situadas na região Nordeste (SALES; LIMA; FARIAS, 2007; OLIVEIRA, 2011; CASTRO; CASTRO; LOPES, 2012; ALMEIDA, 2015; CASTRO; SILVA; CASTRO, 2016; PEREIRA SOBRINHO et al., 2016). Acredita-se que essa concentração maior de pesquisas realizadas por instituições nordestinas está atrelada ao número de Mesas de Negociação existentes na região.

Conforme as informações contidas no portal eletrônico da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, o Nordeste é a região do país com o maior número de Mesas de Negociação instaladas. Ao todo são 12 Mesas de Negociação, sendo sete Mesas Estaduais e cinco Mesas Municipais (BRASIL, 2014), instaladas principalmente após a publicação do Protocolo 002/2003 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, que incentiva a instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS (BRASIL, 2003).

Apesar de existirem oito Mesas de Negociação na região Norte do país, quatro Mesas Estaduais e quatro Mesas Municipais (BRASIL, 2014), vale salientar que nas bases de dados científicas investigadas não há a divulgação de nenhuma pesquisa ou relato de experiência sobre a negociação coletiva em instituições públicas de saúde localizadas na citada região.

Salienta-se, mais uma vez, que as 21 produções científicas também foram classificadas em unidades temáticas, sendo apresentadas a seguir:

O papel das lideranças na administração dos conflitos

Duas produções (11%) versam sobre o papel das lideranças na administração dos conflitos nas organizações de saúde. No artigo elaborado por Vendemiatti et al. (2010), os autores contextualizam o processo de profissionalização da gestão hospitalar e destacam os desafios das lideranças para lidar com a dimensão do conflito existente entre as categorias médica, de enfermagem e administrativa. Veiga Junior (1993) investiga, em sua dissertação, até que ponto se relacionam controle organizacional e conflito de interesses entre os grupos de dirigentes e profissionais médicos que atuam em ambulatórios da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, em Santa Catarina.

A negociação coletiva como instrumento de gestão do trabalho

Cinco produções (25%) tratam da negociação coletiva como instrumento da gestão do trabalho em saúde. Dau e Cerca (2012) apresentam a trajetória do Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde, com destaque para a negociação coletiva nos processos de trabalho e de gestão na referida instituição. A dissertação de Soeiro (1995) explora de que maneira os dirigentes de saúde reconhecem a negociação como função gerencial, e Rosso (2006) discute em seu artigo as práticas e os princípios da negociação dentro dos hospitais e demais instituições de saúde.

A experiência da negociação coletiva do trabalho em saúde no município de Campinas, no estado de São Paulo,

é abordada por Braga (1996) em um capítulo do livro organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde sobre a gestão dos recursos humanos em saúde. As autoras Sales, Lima e Farias (2007) construíram um artigo com a finalidade de apresentar elementos que ajudem na reflexão acerca do processo de administração e negociação de conflitos nas equipes profissionais de saúde.

Mesas de Negociação Permanente do SUS

As Mesas de Negociação são temas de estudo da maioria (52%) das produções científicas aqui apresentadas, sendo três (28%) sobre a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. As autoras Almeida e Vilar (2016) discutem a incorporação das dimensões de raça e gênero nos processos de negociação do SUS, tendo a Mesa Nacional de Negociação Permanente como objeto de investigação. Ainda se referindo à Mesa Nacional, há também duas dissertações. Militão (2011) analisa, a partir da sua pesquisa, o processo de negociação coletiva do trabalho no âmbito central do SUS, e Dau (2005) aprofunda o conhecimento da Mesa Nacional como espaço de negociação entre gestores e representantes sindicais.

Dois estudos (18%), de âmbito nacional, realizaram diagnósticos sobre a situação das Mesas de Negociação. Em seu artigo, Deolindo et al. (2012) apresentam um cenário das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação do Trabalho no SUS, e Castro, Silva e Castro (2016) identificaram a situação do funcionamento das Mesas de Negociação do Trabalho das Secretarias de Saúde das regiões Nordeste e Sul.

As Mesas Estaduais de Negociação Permanente do Trabalho em Saúde também representam 18% dos estudos sobre as Mesas de Negociação. Castro, Castro e Lopes (2012) abordam a compreensão da dinâmica do funcionamento da Mesa de Negociação na Secretaria de Saúde do estado do Rio Grande do Norte, e Almeida (2015) analisa o processo decisório em torno do PCCS na Mesa de Negociação Permanente da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, resultando na sua dissertação de mestrado.

Quanto às Mesas Municipais de Negociação, elas foram abordadas em quatro publicações, representando 36% das produções que se referem às Mesas de Negociação Permanente do SUS. Oliveira (2011) apresenta em sua monografia de especialização uma análise do processo de implementação da Mesa de Negociação em Recife, Pernambuco, no período de 2008 a 2010. Coelho (2011), durante o seu doutorado, descreveu e analisou o contexto político, econômico, social e ideológico de institucionalização da Mesa de Negociação Permanente do SUS no município de Vitória, Espírito Santo, implantada em 2007. Quatro anos depois, Santos (2015) também utilizou a referida Mesa para analisar o processo de negociação coletiva entre os componentes que a compõem.

Pereira Sobrinho e demais autores (2016) contextualizam o processo de reinstalação da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS em Natal, Rio Grande do Norte, no ano de 2013, através da percepção de gestores e representantes dos sindicatos dos trabalhadores.

Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS

De acordo com o Protocolo 003/2005, o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS é definido como um conjunto de Mesas de Negociação Permanente, instituídas regularmente e de forma articulada nos níveis federal, estadual e municipal, respeitando a autonomia de cada ente político (BRASIL, 2005). Ainda segundo Brasil (2005), esse sistema funciona como instância consultiva, para apoiar e articular as Mesas de Negociação Permanente do SUS em todo o território nacional.

Dentro do quantitativo geral das produções encontradas, um trabalho (4%) desenvolvido por Silva (2012), analisou o processo de implantação e consolidação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS, além de retratar o entendimento de gestores e trabalhadores da saúde sobre as Mesas de Negociação no âmbito do SUS.

Ressalta-se que os objetivos do artigo científico de Braga Júnior (1998) não estão claramente definidos. Além disso, os autores Castro e Santana (1998) destacam a experiência do Projeto de Capacitação em Processos de Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde, cujo objetivo consistia em apoiar os processos de capacitação destinados aos gestores e gerentes de serviços de saúde, lideranças de organizações autônomas de trabalhadores e outros atores que atuam na gestão do trabalho em saúde. Dessa forma, as duas produções científicas (8%) não foram classificadas nas unidades temáticas definidas neste texto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa evidenciou a escassez de literatura científica sobre a negociação coletiva do trabalho em saúde, tanto no Brasil como em outros países. Ao utilizar os descritores válidos no DECS, encontram-se outras produções na área do direito do trabalho e da administração, mas que não se reportam ao trabalho em saúde.

Além de existirem poucas produções acerca do tema objeto deste estudo, ainda há a possibilidade de os mesmos estarem com descritores que não existam na literatura científica. Desta forma, há a inviabilidade em indexar as produções científicas em bases de dados eletrônicas, tais como as investigadas neste estudo.

Recomenda-se a realização de outras pesquisas bibliográficas, assim como esta, ou a realização de estudos sobre a negociação coletiva do trabalho em saúde, com o uso de descritores corretos, para que o conhecimento sobre a gestão do trabalho em saúde e a prática da negociação coletiva do trabalho seja disseminado.

ALMEIDA, Bruno Guimarães de. **O jogo na negociação no SUS - Bahia**: atores, cenários e enredos. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

ALMEIDA, Maraisa de Fátima ; VILAR, Rosana Lúcia Alves de. A incorporação das dimensões de raça e gênero nos processos de negociação do Sistema Único de Saúde: notas, reflexões e tendências. In: CASTRO, Janete Lima de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; OLIVEIRA, Nathalia Hanany Silva de. (Org.). **As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal: Una, 2016. p. 21-43.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: NESCON/ UFMG, 2012.

BARALDI, Solange. Negociação coletiva em saúde: uma visão geral sobre o tema e suas características na administração pública no Brasil e em outros países. In: NOGUEIRA, Roberto Passos; BARALDI, Solange; RODRIGUES, Valdemar de Almeida. (Org.). **Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde**: a situação internacional e no Brasil. Brasília, DF: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2010. p. 71-101.

BRAGA, David. Negociación colectiva en el sector público municipal de salud: un resultado en Campinas. In: BRITO, Pedro; CAMPOS, Francisco; NOVICK, Marta. (Org.) **Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud***: cambios y oportunidades.* Washington: OPAS, 1996. p. 233-252.

BRAGA JÚNIOR, David. Relações de trabalho: conflitos, eficiência e democracia: a negociação como instrumento de gestão no SUS. **Revista da Associação de Saúde Pública de Piauí**, v. 1, n. 2, p. 133-136, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. **Mapa das Mesas**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/ secretarias/493-sgtes-p/gestao-do-trabalho-raiz/mesa-nacional/l3-mesa-nacional/10763-mapa-das-mesas>. Acesso em: 8 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. **Protocolo 002/2003.** Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/10/protocolo2.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2017.

_____. **Protocolo 003/2005**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://portalarquivos. saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/10/protocolo3.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2017.

CASTRO, Janete Lima de. Gerência de pessoal nos serviços de saúde. In: SANTANA, José Paranaguá de; CASTRO, Janete Lima de (Org.). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU**. Natal: EDUFRN, 1999. p. 313-327.

CASTRO, Janete Lima de; CASTRO, Jorge Luiz de; LOPES. Fernando Dias. Negociação permanente: uma estratégia de gestão possível nas instituições de saúde? **Divulgação em Saúde para Debate** – Série Gestão do Trabalho II, v. 2, n.47, p. 84-91, 2012.

CASTRO, Janete Lima de ; SANTANA, José Paranaguá de. **Negociação coletiva do trabalho em saúde**. Brasília, DF: OPAS; Natal: UFRN, 1998.

CASTRO, Janete Lima de; SILVA, Lenina Lopes Soares; CASTRO, Jorge Luiz de. Negociação coletiva: um estudo sobre as mesas de negociação do trabalho nos serviços de saúde no Brasil. In: CASTRO, Janete Lima de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; OLIVEIRA, Nathalia Hanany Silva de (Org.). **As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal: Una, 2016. p. 65-79.

CASTRO, Janete Lima de et al. **Apoio à estruturação da rede de gestão do trabalho e da educação na saúde no Brasil (relatório final do projeto).** Natal: UFRN, 2014.

_____. **Relatório do curso de especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde**: regiões Centro-Oeste e Norte (relatório final do projeto). Natal: UFRN, 2016.

COELHO, Maria Carlota de Rezende. **Mesa de negociação permanente do SUS**: um espaço político das relações do trabalho em saúde para enfermeiros do município de Vitória no estado do Espírito Santo (2003-2009). 2011. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

DAU, Denise Motta. **O desafio do diálogo**: SUS e relações de trabalho no serviço público - avanços e limites da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde. 2005. 140 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2005.

DAU, Denise Motta; CERCA, Ana Paula. A negociação coletiva como metodologia de gestão do trabalho em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate** - Série Gestão do Trabalho II, v. 2, n. 47, p. 29-30, 2012.

DEOLINDO, Edna Magali de Oliveira et al. A negociação do trabalho em saúde: um balanço das Mesas de Negociação Permanente do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate** – Série Gestão do Trabalho II, v. 2, n. 47, p. 77-83, 2012.

GAMA, Zenewton André da Silva. **Entrevista concedida ao Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.** Natal: Observatório de Recursos Humanos – UFRN, 2016. Disponível em: <http://www.observatoriorh.ufrn.br/ entrevistas/ver/26>. Acesso em: 8 fev. 2017.

LIMA, Rafael Rodolfo Tomaz de; CASTRO, Janete Lima de. Estudo acerca do perfil: uma contribuição para as políticas de valorização profissional. In: CASTRO, Janete Lima de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; OLIVEIRA, Nathalia Hanany Silva de (Org.). **As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde.** Natal: Una, 2016. p. 129-147.

MACHADO, Maria Helena et al. **Manual instrucional do curso de especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2011.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane. Apresentação. **Divulgação em Saúde para Debate** – Série Gestão do Trabalho II, v. 2, n. 47, p. 10-12, 2012.

MILITÃO, João Batista dos Santos. **A negociação coletiva do trabalho no SUS**. 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2013.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, José Paranaguá de (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: OPAS/OMS, 1997. p. 182-186.

OLIVEIRA, Marcia Maria Gomes. **Análise do processo de implementação da Mesa de Negociação Setorial da Secretaria de Saúde do Recife no período de 2008 a 2010**. 2011. 59 f. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) – Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Departamento de Atividades Setoriais. **Manual de negociação coletiva e resolução de conflitos no serviço público.** Genebra, 2011.

PEREIRA SOBRINHO, Andriério Lopes et al. Negociação do trabalho em saúde na gestão pública municipal. In: CASTRO, Janete Lima de ; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; OLIVEIRA, Nathalia Hanany Silva de (Org.). **As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal: Editora Una, 2016. p. 45-63.

PIERANTONI, Celia Regina et al. **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos et al. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1525-1534, 2013.

ROSSO, Daniela Teles. Negociação inteligente: a prática e os princípios de negociação no dia-a-dia das organizações de saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 332-335, 2006.

SALES, Ana Amélia da Rocha; LIMA, Flávia Regina Furtado; FARIAS, Francisca Sônia de Andrade Braga. Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 111-115, 2007.

SANTOS, Elisangela Coco dos. **Mesa de negociação permanente do SUS implantada em um município do Espírito Santo**: espaço de negociação do trabalho? 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa dos; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Trabalhador da saúde: muito prazer!**: Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007.

SILVA, Nelci Dias da. **Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS**: um instrumento de gestão do trabalho na saúde. 2012. 139 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SOEIRO, Everton. **Negociação como função gerencial**: a visão dos dirigentes de organizações de saúde. 1995. 205 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1995.

VEIGA JUNIOR, Dirceu Ribas. **Controle e conflito organizacional**: um estudo de caso na Secretaria de Saúde do município de Joinville – SC. 1993. 152f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1993.

VENDEMIATTI, Mariana et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 15, p. 1301-1314, 2010.

Aldenísia Alves Albuquerque Barbosa
Mestre em Odontologia Preventiva e Social; cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante (e-mail: aldenisiaalbuquerque@gmail.com).

Bruna Alexsandra Rocha da Rosa
Especialista em Atenção Básica
(e-mail: b.rocha.rosa@gmail.com).

Carlos Rodolfo Mohn Neto
Doutor em Ciências da Saúde; professor da Universidade Paulista Campus Flamboyant
(e-mail: carl.mohn@hotmail.com).

Cipriano Maia de Vasconcelos
Doutor em Saúde Coletiva; professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(e-mail: ciprianomaia@gmail.com).

Haroldo Pereira Fernandes Filho
Mestre em Sociologia; assessor técnico da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação
(e-mail: hpfilho@gmail.com).

Irene Rodrigues dos Santos
Bacharel em Gestão Pública; integrante da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde
(e-mail: irenerodrigues1313@gmail.com).

Janete Lima de Castro
Doutora em Educação; professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (e-mail: janetecastro.ufrn@gmail.com).

Juli Ferreira de Oliveira
Mestre em Saúde Coletiva
(e-mail: julinutri.nasf@yahoo.com.br).

Kátia Martins Soares
Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
(e-mail: katiapsicol@hotmail.com).

Maria da Graça Luderitz Hoefel
Doutora em Sociologia; professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília
(e-mail: gracahoefel@gmail.com).

Marilúcia Batista Antônio Silva
Mestre em Saúde Coletiva; professora do Centro Universitário de Anápolis (e-mail: mariluciab@hotmail.com).

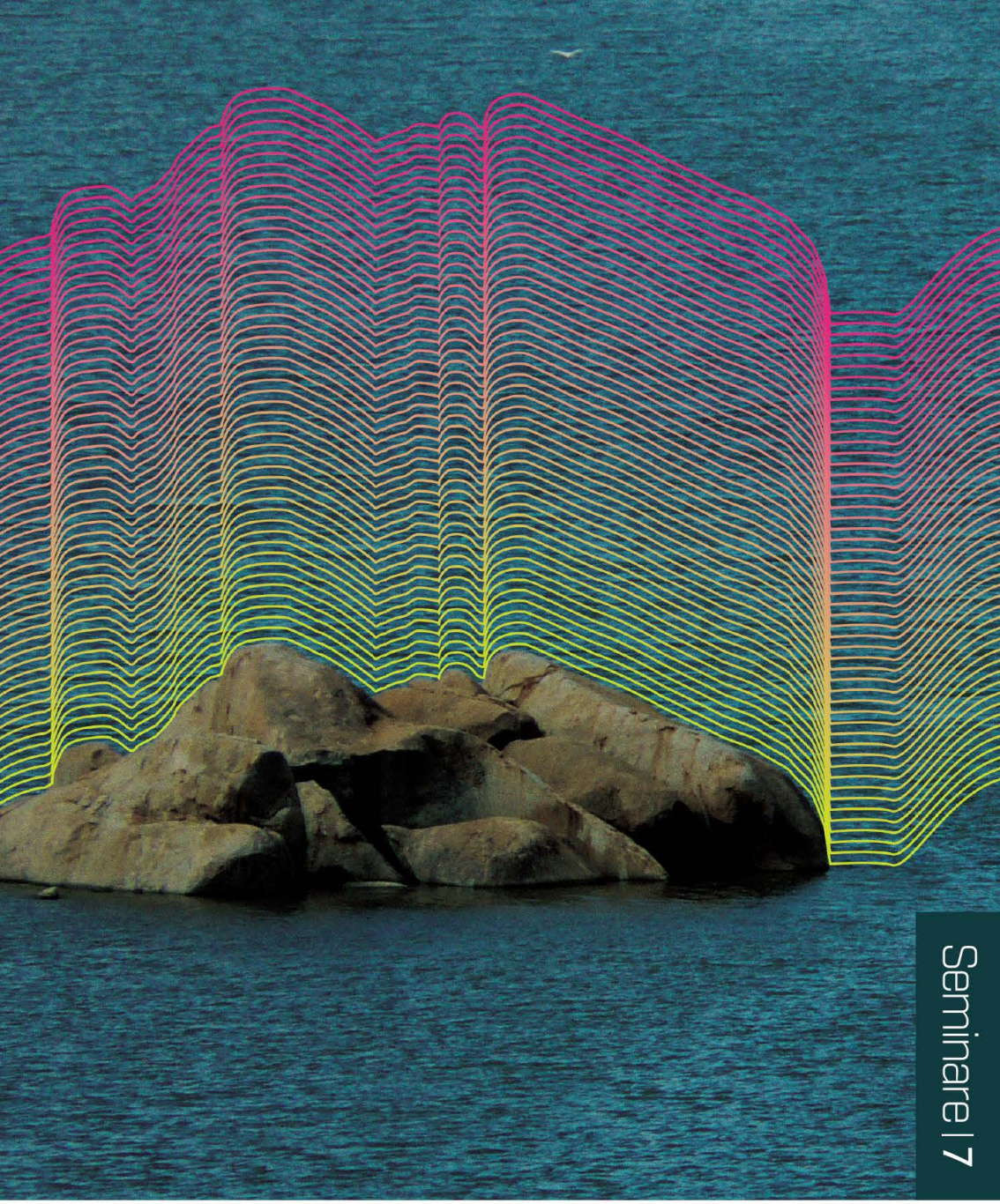
Nelson Bezerra Barbosa
Doutor em Saúde Pública; professor do Centro Universitário Alves Faria (e-mail: nelsonbbarbosa@gmail.com).

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima
Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; pesquisador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(e-mail: limarrt@gmail.com).

Sandra Cristina Guimarães Bahia Reis
Doutora em Ciências da Saúde; professora do Centro Universitário de Anápolis
(e-mail: sandrabahiare@gmail.com).

Tatiana Maria Souza Santos
Mestre em Saúde Coletiva
(e-mail: tattimaria07@hotmail.com).

Wellington Moreira Mello
Especialista em Saúde Pública; integrante da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde
(e-mail: lepemello@yahoo.com.br).



Seminare | 7

Rede ObservaRH | Estação de Trabalho Observatório RH – UFRN

NESC

DSC

UFRN Universidade Federal do Rio Grande do Norte

MINISTÉRIO DA SAÚDE

BRASIL GOVERNO FEDERAL