

Implantação das mesas nacionais de negociação permanente do Sistema Único de Saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde¹

Implementation of the Brazilian National Health System permanent negotiating tables in state and municipal health secretariats

Carinne Magnago

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: carinne.mag@gmail.com

Celia Regina Pierantoni

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: cpierantoni@gmail.com

Swheelen de Paula Vieira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: helen.nut@gmail.com

Tania França

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: taniafranca29@gmail.com

Rômulo Gonçalves Miranda

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: mnutricao@gmail.com

Dayane Nunes Nascimento

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
E-mail: day.uerj@gmail.com

Correspondência

Celia Regina Pierantoni
Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 7 andar, sala 7.010,
Maracanã. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP 20550-900.

Resumo

O objetivo deste artigo é avaliar a implantação da mesa de negociação permanente e identificar os entraves e os avanços decorridos dos processos de negociação no âmbito dos estados e dos municípios brasileiros. O método usado foi estudo descritivo e exploratório, de abrangência nacional. A coleta de dados se deu em 2012 e 2013, por meio de *survey* com 519 gestores de saúde e grupos focais com 49 gestores e 11 integrantes da Mesa Nacional de Negociação Permanente. Dados foram analisados por estatística descritiva e por análise de conteúdo. Verificou-se existência de 132 mesas de negociação, das quais apenas 87 estão em funcionamento. Os principais motivos para não implantação das mesas são a falta de assessoria técnica e a utilização de outras ferramentas para negociação do trabalho. As principais mudanças nas relações de trabalho em decorrência da atuação das mesas de negociação foram a realização de concursos e de processos seletivos públicos, políticas de desprecarização do trabalho e a implantação de planos de cargos, carreiras e salários. Conclui-se que apesar da potencialidade das mesas como dispositivos de negociação, sua implantação e seu pleno funcionamento esbarram em grandes desafios.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde; Negociação; Gestão de Pessoas; Políticas Públicas de Saúde; Trabalho.

¹ Resultados da pesquisa *Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS*, realizada em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES/MS); financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) sob o número de processo 552745/2011-1.

Abstract

This article aimed to evaluate the implementation status of the permanent negotiating tables and to identify the obstacles and the advances that have elapsed from the negotiation processes in the Brazilian states and cities. It was a descriptive and exploratory study of national scope. The data collection took place in 2012 and 2013, through a survey of 519 health managers and focus groups with 49 managers and 11 members of the National Permanent Negotiating Table. Data were analyzed by descriptive statistics and by content analysis. We identified 132 negotiating tables, of which only 87 are in operation. The main reasons for not deploying the tables are the lack of technical advice and the use of other tools for negotiating labor. The main changes in work relationships because of the negotiating tables were the holding of public tenders and selective processes, work valuation policies and the implementation of careers and salary plans. We concluded that despite the potential of the tables as negotiating devices, their implementation and full operation face great challenges. **Keywords:** Human Resources for Health; Negotiating; People Management; Public Health Policies; Work.

Introdução

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, como principal instrumento federal de mobilização de políticas de gestão do trabalho e formação em saúde, inaugurou um momento propício para discussão dos problemas referentes aos recursos humanos em saúde (RHS).

Postos os desafios para a gestão do trabalho em saúde, identificou-se como decisiva a necessidade de se estabelecer uma parceria de apoio político às funções técnicas que se convertesse em estruturas estratégicas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), eficientes e estruturadas, no sentido de contribuir para o equacionamento dos problemas do setor da saúde (Brasil, 2006a).

Como desdobramento desse diagnóstico nasce o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), com o objetivo de estruturar as secretarias de saúde e supri-las com ferramentas que auxiliem na organização e na profissionalização da gestão do trabalho, visando a melhor qualidade dos serviços e ações de saúde (Dau; Cerca, 2012). O ProgeSUS se estruturou por meio de quatro componentes: Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS; Sistema de Informação Gerencial para o Setor de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS; Capacitação da Equipe da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS; Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS - InforSUS. O primeiro componente foi proposto a grupamentos específicos de municípios, cujo critério se relacionou com o número de postos de trabalhos públicos em saúde, com adesão condicionada à apresentação de um Plano de Estruturação e de Qualificação do Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Os demais componentes, no entanto, se destinaram a todas as secretarias que manifestassem interesse em aderir ao projeto (Brasil, 2006b).

Nesse movimento, a negociação coletiva no âmbito do SUS se apresenta com um dos instrumentos de gestão impulsionados pelo ProgeSUS, processo alçado como ponto de pauta da agenda da SGTES após a reativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP), cujo objetivo é garantir um

espaço democrático, institucional e paritário para a negociação no âmbito das questões do trabalho no SUS.

A negociação do trabalho em saúde pode ser compreendida como diálogo político, e, como tal, deve ser parte integrante dos processos de tomada de decisão, contribuindo para o desenvolvimento ou implementação de mudanças de políticas de gestão do trabalho no SUS (WHO, 2015).

Nessa perspectiva, a mesa de negociação constitui-se como uma importante ferramenta de gestão, capaz de intervir de maneira positiva na efetividade dos serviços prestados aos usuários, uma vez que busca a mediação dos conflitos e a resolução dos problemas enfrentados no dia a dia do trabalho no SUS. Para tanto, estrutura-se como um fórum, em âmbito municipal, estadual, regional e nacional, baseado nos princípios constitucionais da legalidade, publicidade e liberdade sindical, que reúne gestores, prestadores de serviços de saúde e entidades sindicais representativas dos trabalhadores da saúde (Brasil, 2012).

Nesse contexto, e considerando a necessidade de apresentar subsídios para o avanço da cultura de negociação do trabalho, este estudo objetivou avaliar a implantação de mesas de negociação permanente em estados e municípios aderentes ao ProgeSUS e identificar os entraves e os avanços decorridos dos processos de negociação.

Este estudo deriva de pesquisa demandada pela SGTES com o objetivo de conhecer a estrutura e as equipes dos setores de gestão do trabalho e da educação na saúde para propor a continuidade de políticas correlatas, a qual teve por linha de base outros estudos de abrangência nacional (Brasil, 2004; UERJ, 2004, 2006, 2008). Trata-se, portanto, de pesquisa idealizada e realizada numa perspectiva dialógica entre a academia (pesquisadores) e decisores políticos.

Método

Trata-se de pesquisa exploratória, de abordagem quali-quantitativa, desenvolvida em âmbito nacional, que adotou a estratégia de multimétodos diante da complexidade de se avaliar políticas públicas nacionais, cujo propósito é de produzir evidências, reunir

e sistematizar dados e informações que contribuam para o aperfeiçoamento das ações políticas ora analisadas (Jannuzi, 2014).

A coleta de dados se deu em duas etapas. Na primeira foi realizado um *survey* dirigido aos responsáveis pela área de RHS nas secretarias de saúde municipais e estaduais de saúde (SMS e SES, respectivamente) que aderiram ao ProgeSUS até outubro de 2011. Para o levantamento dessas estruturas se utilizou da listagem de municípios contemplados pelo ProgeSUS disponibilizada pelo Departamento de Gestão e Regulação em Saúde (DEGERTS/SGTES). Foram levantadas 644 secretarias de saúde, correspondente ao universo amostral desta pesquisa.

Para elaboração do *survey* foram realizadas reuniões de trabalho entre os pesquisadores e a equipe técnica do DEGERTS. A partir das pesquisas realizadas anteriormente nas SES (Brasil, 2004) e SMS (UERJ, 2004, 2006, 2008), foram definidas as principais variáveis do estudo que permitissem atender aos propósitos da pesquisa. Assim, elaborou-se um questionário, com 56 questões, divididas em nove blocos: perfil do respondente e organização hierárquica da secretaria de saúde; adesão ao ProgeSUS; plano de cargos, carreiras e salário; avaliação de desempenho; desprecarização do trabalho; orçamento/financiamento; educação em saúde; iniciativas e instrumentos de gestão; e mesa de negociação do trabalho, foco deste manuscrito.

O questionário foi estruturado em formulário eletrônico e aplicado remotamente mediante entrevistas telefônicas assistidas por computador (ETAC), entre julho e setembro de 2012. Foram concluídas 519 (81% do universo amostral) entrevistas, incluindo todas as SES (n=27) e as SMS das capitais (n=26), e 466 SMS de outros municípios.

Na segunda etapa foram realizados grupos focais para aprofundamento do tema “negociação do trabalho no SUS”. Foram realizados cinco grupos focais com gestores de RHS das cinco regiões brasileiras, totalizando 49, no período de junho de 2012 a abril de 2013. Os grupos focais foram realizados por ocasião dos Encontros Regionais da Gestão do Trabalho, promovidos pelo Ministério da Saúde com a finalidade de constituir grupo de gestores do trabalho em saúde para compartilhar experiências

de diferentes municípios e estados, discutir problemas e intervenções coletivas, apresentar e debater as políticas de gestão do trabalho na saúde, na visão das três esferas governamentais. Foi também realizado um grupo focal composto por 11 representantes dos trabalhadores que compõem a MNNP do SUS, realizado durante a da 57ª Reunião Ordinária da MNNP, que aconteceu nos dias 15 e 16 de agosto de 2012, em Brasília.

Para conformação dos grupos considerou-se o número de participantes entre seis e quinze pessoas, conforme recomendação da literatura (Backes et al., 2011). Os grupos, que duraram em média 67 min, foram realizados por duas pesquisadoras: uma assumiu a posição de mediadora do grupo, direcionando a discussão segundo as sete questões disparadoras contidas em um roteiro elaborado especificamente para o grupo focal, enquanto a outra se responsabilizou por digitar e gravar as discussões do grupo em tempo real, por meio de equipamento digital do tipo Mp4.

As questões disparadoras tinham por norte compreender o papel das mesas de negociação do trabalho, as maiores dificuldades e os avanços decorridos no processo de negociação, no sentido de amplificar as evidências sobre o tema e subsidiar propostas de apoio técnico do Ministério da Saúde na implantação e/ou manutenção dos espaços de negociação.

Os dados da primeira etapa foram armazenados em banco informatizado em planilhas de Microsoft Office Excel® e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)® e tratados por estatística descritiva. As informações da segunda etapa foram transcritas integralmente e submetidas à análise de conteúdo, com o propósito de produzir inferências. Para tanto, as seguintes etapas foram empregadas: (1) pré-exploração do material produzido nas entrevistas, por meio de leitura que permitiu a organização dos conteúdos de relevância para este estudo; (2) seleção das unidades de análise, isto é, destacou-se recortes dos depoimentos cujos significados, em conjunto, pudessem dar contexto às inferências empreendidas pelo pesquisador, sem preocupação com estabelecimentos de categorias de análise; (3) interpretação dos dados e discussão com base em referencial teórico relacionado (Cavalcante; Calixto; Pinheiro, 2014).

Em conformidade às normas éticas destinadas às pesquisas envolvendo seres humanos, o estudo

foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado com CAAE nº 0038.o.259.000-11.

Perfil das secretarias analisadas e gestores entrevistados

Das 519 secretarias investigadas, 202 (39%) se localizam na região Sudeste, 311 (60%) em municípios com até 100 mil habitantes e 155 em municípios na faixa de 100 a 500 mil habitantes. Os órgãos da área de gestão do trabalho e da educação na saúde são, majoritariamente, subordinados à secretaria de saúde (66%), localizados no segundo (26%) ou terceiro (20%) escalão do organograma da secretaria. Os gestores desse órgão são, em sua maioria, mulheres (61%), com até cinco anos no cargo (45%).

Implantação e situação das mesas de negociação permanente

Identificou-se a existência de 137 mesas, o que corresponde a 26,4% das instituições pesquisadas. Dessas, no entanto, apenas 87 estão em funcionamento. Analisando os dados por tipo de secretaria de saúde, observou-se que 74% (n=20) das SES e 65% das SMS capitais possuem mesa. Vale destacar que a soma dos gestores que não têm conhecimento sobre a existência de mesa com os que não sabem o que é a mesa correspondeu a pouco mais de 20% dos respondentes, conforme Tabela 1.

Com relação aos principais motivos para não implantação da mesa nas 226 secretarias que não a têm instalada, destacam-se: a falta de assessoria técnica para a implantação (31%), o fato de a secretaria já se utilizar de outra ferramenta para negociação do trabalho (21%), utilização de outros instrumentos de negociação (14%) e o desinteresse dos gestores (13%) e trabalhadores (8%).

Das secretarias que já utilizam outra ferramenta para negociação do trabalho no SUS, a maior parte (10%) pratica a negociação no âmbito dos sindicatos.

A estratificação por tipo de secretaria não altera em grande medida o cenário exposto. A ausência de assessoria técnica também foi o motivo mais

relatado para não instalação da mesa no âmbito das SES (67%), SMS capitais (20%), com igual percentual para a falta de interesse dos gestores e utilização de outra ferramenta, e SMS (31%).

Entre as mesas de negociação implantadas (n=137), 56% não possuem regimento interno de funcionamento aprovado. Considerando a estratificação por tipo de secretaria, 60% das SES e 62% das SMS capitais possuem regimento interno aprovado, enquanto o percentual entre as SMS foi de apenas 36% (n=37).

As instituições mais citadas como participantes das mesas implantadas foram: os sindicatos (69%) e as secretarias de saúde (65%), conforme Tabela 2.

O estudo apontou que o maior número de mesas das SES e SMS capitais foi implantado entre 2003 e 2008. Entre as SMS, observou-se maior concentração no período de 2009 a 2011 (39,4%). Com relação à abrangência, 45% (n=61) das mesas são específicas para o setor saúde, as demais são de âmbito geral, com negociação conjunta para todos os setores do estado/município.

A análise por tipo de secretaria indicou que as SES e SMS capitais possuem percentuais superiores (55% e 77%, respectivamente) de mesas específicas para o setor saúde, enquanto nas SMS os resultados indicam um equilíbrio entre existência de mesas específicas para saúde e mesas gerais.

Tabela 1 – Implantação e situação das mesas de negociação permanente nas secretarias de saúde investigadas, Brasil, 2012

Situação da mesa	Secretarias estaduais		Secretarias das capitais		Secretarias municipais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não implantada	3	11,1	10	38,5	213	45,7	226	43,5
Implantada e em funcionamento	13	48,1	9	34,6	62	13,3	84	16,2
Não tem conhecimento	1	3,7	1	3,8	73	15,7	75	14,5
Implantada mas não funcionando	7	25,9	4	15,4	42	9,0	53	10,2
Em processo de discussão	1	3,7	2	7,7	42	9,0	45	8,7
Não sabe o que é a mesa	1	3,7	0	0	30	6,4	31	6,0
Não respondeu	1	3,7	0	0	4	0,9	5	1,0

Fonte: UERJ, 2014.

Tabela 2 – Instituições participantes das mesas de negociação permanente, segundo tipo de secretaria, Brasil, 2012

Instituições que participam	Secretarias estaduais		Secretarias das capitais		Secretarias municipais		Total	
	N=20	%	N=13	%	N=104	%	N=137	%
Sindicatos	14	70,0	10	76,9	70	67,3	94	68,6
Secretaria Municipal de Saúde	3	15,0	11	84,6	77	74,0	91	66,4
Associações de trabalhadores	10	50,0	8	61,5	37	35,6	55	40,1
Conselhos de classes	9	45,0	4	30,8	36	34,6	49	35,8
Conselho de secretarias Municipais de Saúde	9	45,0	5	38,5	26	25,0	40	29,2
Secretaria Estadual de Saúde	14	70,0	4	30,8	21	20,2	39	28,5
Ministério da Saúde (regional)	4	20,0	4	30,8	23	22,1	31	22,6
Fundação Nacional de Saúde (regional)	4	20,0	4	30,8	16	15,4	24	17,5
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (regional)	1	5,0	2	15,4	17	16,3	20	14,6
Outras	4	20,0	0	0	6	5,8	10	7,3

Fonte: UERJ, 2014.

Influência das mesas de negociação nas relações de trabalho

O estudo também investigou a existência de possíveis mudanças nas relações do trabalho a partir do funcionamento das mesas de negociação: 46,7% dos gestores que indicaram existência de mesa disseram ter percebido mudanças, sendo as mais notáveis, segundo grau de importância atribuídos por eles, a realização de concursos públicos, a melhoria das condições de trabalho e de planos de cargos, carreira e salários (PCCS).

O grau de importância foi atribuído por meio de escala do tipo Likert, que variou de 1 a 5 (sendo 1 o grau de menor importância). Os cálculos das médias indicaram, segundo análise por tipo de secretaria,

que, no âmbito das SES, as mudanças mais importantes foram relativas à jornada de trabalho (média=4,50) e à realização de concursos (média=4,25), conforme se observa na Tabela 3.

O estudo também investigou se os resultados da mesa apontaram para acordos sobre os temas em pauta e foi verificado, entre os gestores que apontaram mudanças após implantação da mesa (n=64), que 84% responderam positivamente a essa questão.

Foi apontada, ainda, a existência de outros espaços de negociação do trabalho, sendo que os locais mais referidos pelos respondentes foram: reuniões dos conselhos de saúde (n=101; 19%) e assembleias com os trabalhadores (n=83; 16%). É importante ressaltar que para 19% dos gestores os conflitos não são resolvidos em nenhuma instância.

Tabela 3 – Grau de importância das mudanças ocorridas na área de gestão do trabalho e educação na saúde após implantação das mesas de negociação permanente, segundo tipo de secretaria (n=64), Brasil, 2012

Componentes	Médias de importância por tipo de secretaria		
	Secretarias estaduais	Secretarias das capitais	Secretarias municipais
Realização de concursos e processos seletivos públicos	4,25	4,20	3,88
Políticas de desprecarização do trabalho	3,43	4,25	3,65
Carreiras/plano de cargos e salários	4,00	4,20	3,51
Jornada de trabalho	4,50	3,50	3,45
Condições de trabalho	3,63	3,67	3,58
Proteção social	3,00	2,50	3,45
Salário	3,89	3,67	3,41
Avaliação de desempenho	3,11	3,40	3,46
Saúde do trabalhador	3,29	3,17	3,61
Solução de conflitos de relações de trabalho	3,38	3,50	3,49
Pendências judiciais/trabalhistas	2,43	2,40	3,38

Fonte: UERJ, 2014.

Entraves e avanços no âmbito das negociações do trabalho no SUS

Nos grupos focais regionais, os gestores afirmaram que as discussões nos espaços de negociação pouco repercutem em mudanças na área da gestão do trabalho, em razão da baixa frequência de encontros e da baixa densidade e aprofundamento das questões em virtude do desconhecimento de muitos participantes acerca dos temas debatidos.

As coisas andam quando tem a mesa. A grande importância do Ministério da Saúde é capacitar negociadores. Há muita gente despreparada à frente das negociações (Grupo focal - gestores).

A mesa de negociação estadual foi muito bem implantada e divulgada de acordo com as diretrizes do ministério [...]. Durou apenas uma gestão devido à falta de informação dos gestores. Hoje não está contribuindo para a gestão, porque não funciona (Grupo focal - gestores).

Esse cenário se constitui de um entrave para, por exemplo, a concepção e a implantação de um PCCS específico para a saúde. A esse respeito, questionados sobre as diretrizes nacionais para instituição de PCCS no âmbito do SUS, aprovadas pela MNNP-SUS, pela Comissão Intergestores Tripartite e referendadas pelo Conselho Nacional de Saúde, grande parte dos gestores relatou conhecê-las superficialmente.

A falta de entrosamento entre os diversos atores envolvidos na área da gestão do trabalho em saúde também foi ponto de discussão - falta que, segundo os gestores, gera a exclusão de alguns desses atores do processo de negociação e da tomada de decisões, o que, em alguns casos, produz a centralização das deliberações.

Outro ponto a se destacar foi a consensualidade acerca do despreparo, desconhecimento e omissão dos representantes sindicais. A discordância existente entre sindicatos, gestores e governo foi fortemente percebida nas discussões referentes ao PCCS, que esbarra no subfinanciamento do setor, na falta de apoio técnico por parte das SES e do Ministério da Saúde, na diversificação de vínculos trabalhistas existentes e na “falta de vontade política”.

A “falta de vontade política” foi apontada como empecilho para as melhorias na área de gestão do trabalho e implantação de mesas de negociação e de PCCS. A priorização de determinadas categorias por parte do governo tem levado a negociações específicas para, por exemplo, implantação de planos de carreira por categoria profissional, gerando conflitos internos e maior distanciamento entre as profissões, gestores e governo. Exemplo disso é a intensa discussão, em grande parte dos estados e municípios brasileiros, sobre maior remuneração, benefícios, programas e políticas exclusivas para médicos.

Destaca-se, ainda, que a mudança de governo e de gestores da saúde também foi relatada como entrave para a negociação, uma vez que, geralmente, não se dá prosseguimento aos processos iniciados na gestão anterior, pois cada governo prioriza diferentes aspectos e áreas.

Também foi considerado empecilho para a negociação do trabalho a entrada das organizações sociais na saúde. A gestão da saúde por uma entidade não pública gera divergências entre servidores e trabalhadores contratados que, mesmo possuindo

o mesmo cargo, são diferenciados no que compete à remuneração e benefícios - situação que também dificulta a formulação de um PCCS.

Não obstante os entraves relacionados, os gestores concordam que a mesa de negociação é um instrumento potente de gestão e diálogo, podendo contribuir para a melhoria dos diversos aspectos referentes ao trabalho e à educação no SUS.

A mesa ajuda muito, desde o início. É instrumento poderoso de gestão (Grupo focal - gestores).

As mudanças no campo da gestão do trabalho são visíveis por conta da mesa de negociação. A mesa é uma arena de conflitos, que expõe as dificuldades acumuladas ao longo do tempo (Grupo focal - gestores).

No que se refere ao grupo focal com os representantes da MNNP-SUS, o ponto de partida da discussão foi a sustentação dos participantes de que o papel da mesa perpassa pela implementação de diretrizes orientadoras acerca dos diversos instrumentos e atividades concernentes à gestão do trabalho e educação na saúde, e não da imposição de decisões.

As mesas são para o estabelecimento de diretrizes [...] que podem ser ou não incorporadas pelos estados e municípios. [...] A mesa discute a necessidade do ponto de vista político (Grupo focal - MNNP).

Nossas decisões não se podem impor, apenas referenciar (Grupo focal - MNNP).

Os principais entraves para a implementação das diretrizes pactuadas nas mesas referidos pelos participantes são (1) a não regulamentação da negociação no âmbito do serviço público e (2) a não obrigatoriedade de os gestores aderirem às propostas pactuadas coletivamente.

A grande discussão é criar uma política de Estado. Obrigatoriedade. Institucionalizar o processo de negociação. Enquanto não for assim, o gestor vai fazer se quiser (Grupo focal - MNNP).

Sobre o PCCS, os participantes elencaram pontos críticos que retardam o avanço desse instrumento

de gestão tão importante para a valorização do trabalhador de saúde e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários, entre os quais a questão financeira, que dificulta a implantação dessa ferramenta pelos diversos municípios brasileiros, sobretudo os de menor porte.

Todo PCCS tem impacto financeiro, e isso não passa pela mesa. Então qualquer decisão deve ser remetida a outros fóruns e órgãos estaduais que vão discutir o impacto financeiro. [...] As secretarias [...] de saúde, que têm boa governabilidade, é que vão decidir se implementarão ou não, seguindo a lógica do impacto financeiro (Grupo focal - MNNP).

Nesse sentido, a multiplicidade de vínculos trabalhistas existentes, que se associa à precarização do trabalho, também se constitui como um desafio para o processo de negociação e implantação de carreiras. De igual maneira, a inexistência de um piso salarial nacional para os trabalhadores do SUS também foi referido como entrave.

Como avanços da MNNP-SUS, os representantes pontuaram: o funcionamento ininterrupto da mesa há dez anos; o estabelecimento de diretrizes nacionais orientadoras e a consequente implantação de 16 PCCS em diferentes municípios; a discussão de políticas/estratégias do ponto de vista político; e o fomento a uma cultura de gestão negociada.

Discussão

Anteriores e também em paralelo ao processo de descentralização do sistema nacional de saúde para estados e municípios situam-se as transformações sociais e econômicas, principalmente no que compete ao campo do trabalho. Isso tornou-se mais evidente a partir do processo de reestruturação produtiva, caracterizado, sobretudo, pela incorporação de tecnologias e de outras inovações, almejando-se uma organização e gestão do trabalho mais flexível (Costa, 2017).

As demandas do sistema nacional de saúde, a expansão de postos de trabalho, a reconfiguração da gestão e os limites burocráticos e legais impostos para área de recursos humanos acarretaram, por consequência, novas modalidades contratuais,

que, no entanto, não vieram conduzidas por reformas dos modelos fiscalizatórios e regulatórios do Estado, que promovem, por sua vez, adequabilidade da legislatura que disciplina tais modalidades (Pierantoni, 2001). Esse movimento trouxe atrelado o agravamento da precarização do trabalho, com consequências sociais diretas aos trabalhadores.

Esse cenário acirrou o campo das reivindicações dos trabalhadores da saúde, colocando as relações e as condições de trabalho no centro das discussões e imprimindo o estabelecimento de um espaço dialógico de discussão política entre os decisores políticos, os trabalhadores e os demais atores imbricados na manutenção do SUS. Desse movimento nasce a proposta da MNNP-SUS, implantada em 1993 (Brasil, 2003).

Antes disso, no entanto, experiências em nível local já haviam legitimado a negociação coletiva como instrumento potente para a democratização das relações de trabalho. A primeira experiência noticiada, no Brasil, data de 1990, quando foi implantado o Sistema Permanente de Negociação Coletiva de Trabalho no Instituto de Assistência Médica dos Servidores Públicos Estaduais de São Paulo, cujas discussões resultaram na modificação dos fluxos de atendimento e na reorganização do trabalho (Garcia, 2010).

Apesar das iniciativas para regular a questão dos RHS, resistências foram experimentadas nos espaços de negociação que, somadas à conjuntura desfavorável para a interlocução com o movimento sindical, culminou na desativação da MNNP, em 1995, e cuja reativação só se deu dois anos depois, funcionando, mesmo que precariamente, até 2002 (Dau, 2005).

Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde ao aprovar, por unanimidade, a reinstalação da mesa, coloca as negociações dos conflitos como primordiais para o desenvolvimento do SUS, sinalizando para a resolução dessas questões (Brasil, 2003).

A partir de então, percebeu-se expansão da política de negociação do trabalho, haja vista o aumento do número de mesas de negociação instaladas nos últimos anos, conforme apontou a comparação desses resultados com o de estudos anteriores (Pierantoni; Garcia, 2011, 2012). Não obstante, o alto percentual de mesas instaladas mas não funcionando aponta para o desafio de manter funcionalmente efetivos esses espaços democráticos de negociação.

A democratização das relações de trabalho, que se refere à garantia legítima da participação dos trabalhadores nos aspectos que envolvem o processo de trabalho, contribui não apenas para a valorização do trabalhador, mas também, por consequência, para a melhoria das condições de trabalho e da qualidade dos serviços prestados pelo SUS (Demari, 2007).

Os espaços de participação social funcionam, então, como instrumento desburocratizante da discussão política, e, por consequência, do ciclo de desenvolvimento de políticas públicas, isto é, do dinamismo do processo ao longo do tempo, cujas etapas incluem a tomada de decisões e a formulação de políticas, sua implantação e posterior avaliação. Isto porque cria-se um contexto de cooperação de natureza dialógica e decisória, que considera os conflitos como parte intrínseca do processo de políticas públicas (Andrade; De Luca; Sorrentino, 2012; Heidemann, 2009).

Nesse sentido, as mesas de negociação atuam como instâncias colegiadas de diálogo que exigem dos participantes conhecimento político, dos processos de gestão do trabalho e habilidades de negociação, ponto referido pelos participantes deste estudo como entrave para a condução das mesas.

Esse aspecto também foi apontado por estudo realizado em municípios de São Paulo, cujos gestores entrevistados apresentaram contradições sobre o entendimento dos processos de negociação (Junqueira et al., 2011). De igual maneira, Stephan-Souza et al. (2010) referem que há um despreparo dos gestores para conciliar os interesses individuais com os coletivos, que se soma ao baixo conhecimento sobre a política do SUS.

Outras inquietações que dificultam o estabelecimento e a manutenção das mesas, bem como inviabilizam a discussão de temas importantes para a área de gestão do trabalho, são a ausência de regulamentação dos processos de negociação do serviço público e a inexistência de um piso nacional para os trabalhadores da saúde, conforme indicado pelos integrantes da MNNP-SUS. Esses resultados corroboram com os encontrados por Silva (2012). Segundo a autora, tanto os gestores quanto os trabalhadores precisam iniciar um processo de discussão acerca do estabelecimento de um piso nacional isonômico para os trabalhadores do SUS e da fixação de uma

jornada de trabalho para o setor saúde que seja diferenciada, considerando as particularidades do trabalho do setor. No que tange à inexistência de legislação que regulamente o processo negocial no setor público, é premente o debate e a pactuação, na própria MNNP-SUS, de um projeto de lei que regulamente esse instrumento gerencial.

Há ainda as dificuldades advindas das resistências políticas nos próprios governos e disputas por recursos financeiros para viabilização de propostas (Pimenta, 2012), além da diversidade dos mundos do trabalho, onde convivem servidores e terceirizados, o que torna mais complexos os processos de negociação (Fonseca; Vieira, 2011).

Quanto à ausência de assessoria técnica, principal motivo alegado pelos gestores para não implantação das mesas, a SGTES tem realizado um movimento importante de apoio e cooperação com as SES e SMS que desejam implantar a mesa, sobretudo por meio de visitas técnicas e formação de negociadores no âmbito do SUS.

A omissão dos representantes sindicais, referida pelos gestores, também foi constatada por estudo de Junqueira et al. (2011), cujos resultados apontaram que os sindicalistas, e também os conselheiros representantes de usuários, transferem a prerrogativa da formulação de propostas políticas aos gestores, abrindo mão do seu protagonismo e da construção coletiva.

A negociação como ferramenta de gestão deve ser compreendida como um processo que admite avaliação, análise e pactuação de interesses e de prioridades pelos diversos atores sociais imbricados no contexto da saúde (Braga, 2002). Por outro lado, o processo de negociação em saúde, no Brasil, abarca um campo bastante complexo, com diversas instituições e sujeitos envolvidos e que têm seus interesses particulares – por vezes contraditórios – o que exige perseverança por parte dos negociadores (Souza, 2009).

Considerações finais

Diante da dimensão e da complexidade dos desafios que se apresentam no campo do trabalho em saúde, com reflexos nas diversas áreas que estruturam o SUS, imprime-se a necessidade de

processos de decisão, delineamento e implantação de políticas públicas de gestão do trabalho, numa perspectiva dialógica.

Os processos de negociação democrática e pactuação de metas relativas à gestão do trabalho encontram lugar nas mesas de negociação permanente, fóruns paritários e participativos que legitimam o protagonismo dos atores da saúde. No entanto, apesar da potencialidade desse dispositivo, sua implantação e funcionamento esbarram em grandes desafios, conforme pode ser averiguado nos resultados desta pesquisa.

Os dados apresentados aqui e os debates ampliados sobre o tema possibilitarão a elaboração e a construção coletiva de aspectos relativos à gestão do trabalho na saúde, na busca de soluções adequadas aos limites e às potencialidades da esfera federativa, especialmente por se tratar de pesquisa pensada e desenvolvida coletivamente entre academia e decisores políticos.

Referências

- ANDRADE, D. F.; DE LUCA, A. Q.; SORRENTINO, M. O diálogo em processos de políticas públicas de educação ambiental no Brasil. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 33, n. 119, p. 613-630, 2012.
- BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.
- BRAGA, D. G. *Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- 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*. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *Estruturação da área de recursos humanos nas secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal*. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Portaria Ministerial nº 2.261, de 22 de setembro de 2006. Implanta o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 set. 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS - ProgeSUS*. Brasília, DF, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. *Protocolo nº 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.
- CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014.
- COSTA, M. S. Terceirização no Brasil: velhos dilemas e a necessidade de uma ordem mais incluyente. *Cadernos EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 115-131, 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/jRk3DK>>. Acesso em: 12 abr. 2017.
- 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 Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Ciências, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2005.
- DAU, M. D.; CERCA, A. P. A negociação coletiva como metodologia de gestão do trabalho em

saúde. *Divulgação em Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 47, p. 29-30, maio 2012.

DEMARI, M. *Negociação coletiva no serviço público*. Porto Alegre: Dom Quixote, 2007.

FONSECA, J. C. F.; VIEIRA, C. E. C. Análise pluridisciplinar das situações de trabalho: para além da avaliação de desempenho dos trabalhadores do setor de saúde pública no estado de Minas Gerais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 390-397, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/AzpwPA>>. Acesso em: 1 dez. 2016.

GARCIA, P. P. M. *A experiência do IAMSPE/ SP com o sistema permanente de negociação coletiva no setor público*. 2010. Monografia (Especialização em Negociação Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2010.

HEIDEMANN, F. G. Do sonho de progresso às políticas de desenvolvimento. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Org.). *Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análises*. Brasília, DF: UnB, 2009. p. 23-39.

JANUZZI, P. M. Avaliação de programas sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza. *Estudos em Avaliação Educacional*, São Paulo, v. 25, n. 58, p. 22-42, 2014.

JUNQUEIRA, V. et al. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 675-693, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/grsHze>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

PIERANTONI, C. R.; GARCIA, A. C. P. Human resources for health and decentralization policy in the Brazilian health system. *Human Resources for Health*, London, v. 9, n. 12, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/PQKrCW>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

PIERANTONI, C. R.; GARCIA, A. C. A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 47, p. 45-55, maio 2012.

PIMENTA, A. L. A construção de colegiados de gestão: a experiência de gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político implicado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 29-45, 2012. Suplemento 1. Disponível em: <<https://goo.gl/ARd1Go>>. Acesso em: 1 dez. 2016.

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

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: gestão: uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/Gtgk61>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

STEPHAN-SOUZA, A. et al. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 13, p. S35-S45, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <<https://goo.gl/jU5nzs>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Medicina Social. Estação de Pesquisa. *Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes: relatório final*. Rio de Janeiro, 2004. 121 p.

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Medicina Social. Estação de Pesquisa. *Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes: relatório final*. Rio de Janeiro, 2006. 52 p.

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Medicina Social. Estação

de Pesquisa. *Gestão do trabalho e da educação em saúde: análise da década atual: relatório*. Rio de Janeiro, 2008.

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Medicina Social. Estação de Pesquisa. *Avaliação de Políticas e Programas*

Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. Rio de Janeiro, 2014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Policy dialogue: what it is and how it can contribute to evidence-informed decision-making: briefing note*. Geneva: WHO, 2015.

Contribuição dos autores

Pierantoni, Vieira, Magnago e França conceberam o projeto da pesquisa. Vieira, Magnago, Miranda e Nascimento coletaram os dados, que foram interpretados por todos os autores. Pierantoni, Vieira e Magnago redigiram o artigo, cuja versão final foi aprovada por Pierantoni, Magnago, França, Miranda e Nascimento.

Recebido: 02/12/2016

Aprovado: 18/04/2017