

**National Bureau of Permanent
Negotiation: changing the
work of health professionals**

**| Mesa Nacional de Negociação
Permanente: transformando o
trabalho na Saúde Pública**

Abstract | Introduction:
*The delivery of health services from the
Brazilian National Health System (SUS)
is now under the responsibility of the
municipalities. With this change, work
organization was negatively impacted,
and health professionals undervalued.*

Objective: *To describe the process
of creation and implementation of
the National Permanent Negotiation
Table (MNNP) of SUS. **Methods:**
The research is exploratory, using
bibliographical and documentary sources.*

Results: *The Permanent Negotiating
Table was created in 1993 and
consolidated in 2003 in the context of
the political articulations undertaken to fully
implement it. The board meets regularly
to encourage democratization in work
organization and empowerment of health
workers. **Conclusion:** In the context
of MNNP, health managers and health
professionals work collaboratively to ensure
a permanent dialogue on the rights and
duties associated with SUS components.*

Keywords | *Collective Bargaining;
Public Health; Health Workers.*

RESUMO | Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) transferiu para os municípios a responsabilidade de oferta dos serviços de saúde. Com isso, foram efetivadas formas de organização do trabalho que culminaram em uma precarização e desvalorização. **Objetivo:** Descrever o processo de criação e implantação da Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP) do SUS. **Métodos:** A pesquisa é do tipo exploratória, utilizando fontes bibliográficas e documentais. **Resultados:** A Mesa de Negociação Permanente foi criada em 1993 e consolidada em 2003 em virtude do contexto de articulações políticas necessárias para sua implantação. Tem funcionado regularmente e trabalha com o processo de democratização e desprecarização do trabalho na saúde. **Conclusão:** Neste espaço da MNNP, a figura do gestor de saúde e do profissional de saúde trabalham no sentido de garantir o diálogo sobre os direitos e deveres dos componentes do SUS.

Palavras-chave | Negociação Coletiva; Saúde Pública; Trabalhadores da Saúde.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil.

²Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A Constituição Federal de 1988 garantiu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, no capítulo que descreve as políticas de saúde pública. É o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes redigidos em suas Leis Orgânicas¹. Esse novo sistema de saúde deveria, por um lado, atender o direito de cidadania por meio do acesso universal e integral da população a serviços; por outro, estar preparado para garantir o direito à cidadania política, por meio da obrigatoriedade universal do concurso público para provimento de cargos efetivos em todas as instituições da administração pública, incluindo os servidores da saúde². No entanto, sua implantação não garantiu de modo significativo esses direitos³.

O mercado de trabalho na área da saúde seguiu as tendências das relações adotadas pelo Brasil, com o predomínio da flexibilização e precarização dos vínculos trabalhistas. Essas tendências levam a um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de postos de trabalho no SUS com impacto na quantidade e qualidade dos serviços^{4,5}.

Dessa forma, a Reforma Sanitária e sua lógica de um sistema de saúde baseado na responsabilidade do Estado, tão brilhantemente discutida no processo de implantação do SUS, foram diluídos diante das opções econômicas e políticas dos governos, que privilegiaram as ações do mercado. Kantorski⁶ se refere a esse comportamento com as questões referentes à saúde, por parte do Estado, como um “abortamento”, que pode ser traduzido pela lentidão da sua regulamentação e valores baixos de financiamento.

Outro fator que merece destaque foi o processo de municipalização. Com a implantação do SUS, os municípios precisaram ampliar sua rede de atendimentos e se adaptar a ser empregador. Ocorreu então a expansão dos serviços e de mão de obra. Atualmente, os municípios são os maiores empregadores públicos⁶.

Com esse cenário político, surgem em 2003 mudanças em relação ao trabalho no SUS. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde, trouxe como propostas a discussão sobre a contratação de recursos humanos para o trabalho e a formação de profissionais para o setor público. Paralelamente, como proposta de negociação entre os

trabalhadores públicos e gestores, ocorreu a consolidação de um espaço denominado Mesa de Negociação Permanente.

Destacamos que a Mesa teve sua criação no ano de 1993 por determinação do Conselho Nacional de Saúde. Mas em virtude do contexto político desfavorável, em período de ápice do neoliberalismo no País, precisou de duas novas implantações, uma, em 1996, e outra, em 2003. Está atualmente em funcionamento, vinculada à Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES/Ministério da Saúde).

Por entendermos a importância desse espaço coletivo para o trabalho em saúde, traçamos como objetivos deste estudo a descrição do processo de criação e implementação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS).

MÉTODOS |

Estudo qualitativo do tipo exploratório, realizado em duas fases: bibliográfica e documental. Ao definirmos o tema e objetivos, iniciamos a identificação de conteúdos relacionados, com destaque para pesquisa em ambiente virtual, por meio da biblioteca disponibilizada pelo Scielo. Além dessa ferramenta, utilizamos bases de dados e sistemas em busca de arquivos eletrônicos publicados por universidades, com o intuito de acessar teses e dissertações. Outro local para busca de fontes bibliográficas foi o acervo da Biblioteca Universitária, disponível na Biblioteca Central e Setorial do Centro de Ciências da Saúde situados na Universidade Federal do Espírito Santo.

Além disso, recorreremos também aos acervos documentais contido nos sites do Ministério da Saúde e da *home page* da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS para acesso a informações contidas nas portarias, leis e decretos da implantação do Sistema Único de Saúde e do próprio espaço de negociação.

Para nos auxiliar na busca, utilizamos como descritores: 1) negociação coletiva: nessa pesquisa, encontramos literaturas principalmente relacionadas ao setor industrial e a contratos de trabalhos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). 2) Mesa de negociação permanente na saúde: nos direcionou para *home pages* específicas, tais como Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério

da Saúde, Observatório Recursos Humanos (RH) do SUS, *hotsite* Mesa Nacional de Negociação Permanente.

Esta pesquisa foi submetida ao comitê de ética (parecer 850.040), sendo aprovada em 24/09/2014.

RESULTADO/DISCUSSÃO |

A história do processo de transformação e inovação nos serviços de saúde ocorreu principalmente nas décadas de 1980 e 1990, com o processo de Reforma Sanitária, construção e consolidação do Sistema Único de Saúde. Para gestores, trabalhadores e usuários, a construção desse novo sistema representou uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços de saúde, baseados em princípios e paradigmas como universalidade de acesso, integralidade da atenção à saúde, equidade, participação popular e descentralização. O SUS passou a ser “um sistema nacional, com foco na municipalização”⁷.

Com o processo de descentralização, ocorreu a transferência de serviços e gestão da força de trabalho para os municípios, levando a sua expansão numérica. Os municípios, então, passaram a ser os maiores gestores da força de trabalho do SUS⁵.

No entanto, a esfera municipal apresentou dificuldades, principalmente relacionadas a financiamento, e dependeu do fortalecimento de sua capacidade gestora. Essa fragilidade acabou expondo o trabalhador a situações de precarização do vínculo trabalhista⁵.

Outro ponto de fragilidade está nas relações de produção e contratação, pois o contingente de profissionais de saúde é amplo e diversificado. Entre elas, Marsiglia⁸ elenca: “Proprietários de empresas médicas, trabalhadores autônomos, trabalhadores assalariados do setor público ou privado, funcionários estatutários, trabalhadores celetistas, terceirizados ou trabalhadores em situação precária, descobertos pela legislação”.

Sobre a trajetória dos servidores públicos da saúde do SUS, Nogueira² argumenta que, a partir da década de 1990, com a implantação no SUS, era esperada a regulamentação das relações de trabalho de acordo com as normas previstas na Constituição. Os formatos dos contratos de trabalho seriam organizados, a carreira e o processo de ingresso seria

por concurso público. No entanto, o que ocorreu foi uma desconstrução da capacidade administrativa e reguladora do Estado.

As políticas neoliberais de Estado mínimo, associado aos interesses de privatização das empresas estatais e permissão para que a lógica lucrativa do mercado integre as políticas sociais (entre elas a de saúde), resultaram em desprezo e desqualificação dos serviços e dos servidores públicos. Os funcionários públicos são apresentados pela mídia e pelos defensores dessa política como responsáveis pela ineficácia dos serviços, e, por isso, não merecedor de valorização e cuidados^{2,3,8}. A precarização do trabalho no SUS contrariou a Constituição e gerou insegurança para o trabalhador na prestação de serviços⁷.

Dessa forma, o enxugamento da máquina pública e a restrição de concursos, aliados às demandas sociais por serviços públicos de saúde, encontraram um cenário que induziria a administração pública a contratar os trabalhadores de forma irregular. Com essa expansão, as formas precarizadas de contratos de trabalho encontraram o momento propício para sua proliferação^{2,4}. Mesmo para trabalhadores contratados por concursos públicos ainda pode ser verificada a instabilidade e interrupção no trabalho desenvolvido, particularmente nos momentos de mudança da administração pública⁸.

Machado⁷ destaca que a Reforma Sanitária se fez realidade e que o SUS se consolidou no que se refere ao sistema unificado de assistência e atenção à saúde. O financiamento foi em boa parte resolvido nas três esferas de governo. No entanto, aponta a negligência com a política de recursos humanos (RH), destacando a década de 1990 como perdida para os trabalhadores da saúde. Esse período é denominado pela autora como “antipolítica de RH”, pois, em sua consolidação, o SUS não se preocupou com seus trabalhadores nem elaborou uma efetiva política de proteção aos seus trabalhadores compatível com a concepção universalista.

Uma mudança positiva nas políticas de recursos humanos ocorreu em 2003, com o retorno aos princípios de que saúde e os trabalhadores que nela atuam são um bem público⁷. As medidas de regulamentação das forças de trabalho no âmbito federal estavam associadas a uma representação do Ministério Público (MP) contra o governo federal, que resultou na assinatura do Termo de Ajuste de Conduta (TAC), em 2002².

Outro fator que merece destaque foi a publicação da “Norma Operacional Básica – NOB-RH”. Essa foi uma denominação atribuída ao documento “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS”, aprovado pela 10ª Conferência Nacional de Saúde, sob a forma de Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 330, de 4 de novembro de 2003. A política informa que, para a consolidação do SUS, é necessário descentralização, financiamento, controle social e gestão do trabalho, que até o momento não havia recebido destaque. O objetivo de sua implantação foi valorizar o trabalhador e promover fidelização das equipes com o trabalho multidisciplinar e multissetorial⁹.

Rollo³ aponta outro avanço significativo na valorização dos trabalhadores da saúde, retratado no Pacto pela Saúde (Vida, Gestão e Em Defesa do SUS), aprovado na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), fórum que congrega gestores do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e Ministério da Saúde, publicado pelas portarias ministeriais nº 399/ 2006 e nº 699/2006^{10,11}. No seguimento “Pacto pela Gestão” nos apresenta proposta para o eixo gestão do trabalho e da educação em saúde, com diretrizes para serem pactuadas e desdobradas em compromissos e metas. Entre eles citamos: desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho, valorização do trabalho e dos trabalhadores do SUS, desenvolvimento de ações que possam adotar vínculos de trabalho com a garantia de direitos previdenciários e sociais; estímulo à criação de processos de negociação entre trabalhadores e gestores, mediante a instalação das Mesas de Negociação Permanente^{10,3}.

Como consolidação das propostas elaboradas no Pacto pela Saúde, temos a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), como componente do Ministério da Saúde, em 2003. Podemos dizer que esse é o principal instrumento para mobilizar o trabalho, a formação e a educação permanente no setor saúde, tendo como responsabilidade a formulação de políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores, e da regulação profissional na área da saúde no Brasil^{12,13}.

Para a inserção da educação e do trabalho, a SGTES foi dividida em dois segmentos: o Departamento da Gestão da Educação na Saúde (DEGES), visando garantir de forma efetiva e significativa cursos de qualificação, formação técnica e pós-graduação, com vista à integralidade e ao

desenvolvimento da humanização da atenção em saúde; e o Departamento da Gestão do Trabalho em Saúde (DEGETS), com o objetivo de planejar e formular políticas de gestão e força de trabalho para o SUS^{13,14}. A SGTES definiu políticas no campo da gestão do trabalho e da saúde para o efetivo desempenho do SUS que deveriam estar articuladas com as instâncias federativas e desenvolver papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde. O Ministério da Saúde passaria a assumir o papel de gestor federal do SUS, no que se refere a políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em saúde, envolvendo um movimento de articulação entre trabalho e educação^{13,14}.

Dentro da estrutura organizacional da SGTES, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGETS) foi criado para contribuir na melhoria das condições de trabalho e da qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde¹². Entre as atribuições desse departamento, merecem destaque a implementação de diretrizes para o Plano de Cargos e Salários do SUS, desprecarização dos vínculos de trabalho e apoio a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Assim, a formação, desenvolvimento profissional e regulação do trabalho devem levar em conta o ensino, a gestão do SUS e o controle social no setor, estimulando e desencadeando novo perfil de trabalhadores e gestores¹⁴.

Com relação às frentes de atuação do DEGETS, destacamos os trabalhos da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS). Este é um fórum paritário e permanente de negociação entre gestores públicos, prestadores de serviços privados da saúde e entidades sindicais nacionais representativas dos trabalhadores da saúde¹².

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde é um marco estabelecido pelo Ministério da Saúde no que diz respeito à valorização dos trabalhadores do setor público. A esta secretaria foi delegado o papel de incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão de recursos humanos. Além disso, cabe também a função de negociação do trabalho em saúde com os segmentos de governo e trabalhadores¹⁵.

A negociação coletiva é apontada como uma forma direta, flexível, espontânea e rápida de resolver conflitos coletivos¹⁶. Pode ser entendida também como forma

de desenvolvimento de poder normativo dos grupos sociais, que se destina à formação consensual de normas e condições de trabalho que serão aplicadas a um grupo de trabalhadores¹⁷.

No setor público o conceito esbarra no princípio de autoridade e contrato, pois o Estado possui natureza múltipla, ocupando simultaneamente o papel soberano do poder público e de empregador. Isso resulta em uma dinâmica diferenciada, pois as relações entre servidor e Estado não são regidas exclusivamente pela produtividade e condições de trabalho. Dessa forma, a tolerância do Estado em compartilhar com sindicatos decisões sobre condições de trabalho é vulnerável a pressões políticas acerca do controle econômico e social, bem como da conjuntura política relacionada ao grau de popularidade, em especial quando se trata de aspectos críticos, como remuneração, plano de cargos e salários entre outros¹⁸.

Nesse contexto, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) é a experiência principal e duradoura no âmbito da gestão pública, marcando as relações de trabalho na esfera federal, nas instituições de saúde e de ensino, sindicato, governos e organizações. Sua instituição, atualmente, está pontuada na NOB-RH e no Pacto pela Saúde^{9,11}.

A NOB-RH reformulada e publicada em 2005 estabeleceu prazo de um ano para a implantação da Mesa pelos estados e municípios: “Fica definida a instalação, no prazo de um ano após a publicação desses princípios e diretrizes, de Mesas Permanentes de Negociação, vinculadas aos respectivos Conselhos de Saúde, com composição paritária (gestores ou prestadores de serviços de saúde com os trabalhadores), em todas as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estimulando o mesmo nas instituições prestadoras de serviços de saúde ao SUS e nas entidades sindicais representantes dos trabalhadores. Os estados e municípios terão o prazo de 12 meses, a partir da publicação desses princípios e diretrizes, para encaminharem à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e à Comissão Intergestora Tripartite (CIT), documento formal de constituição das Mesas Permanentes de Negociação assinada por todos os membros”⁹.

As iniciativas de formulação e implantação da Mesa de Negociação Permanente datam de 1993, via resoluções do Conselho Nacional de Saúde (órgão colegiado que congrega representantes do governo e sociedade civil, além

de trabalhadores). A primeira resolução data de 06 de maio de 1993, sendo publicadas posteriormente duas resoluções para ratificar sua reinstalação em 3 de julho de 2007 e 4 de novembro de 2003¹⁸.

As competências da MNNP-SUS envolvem o tratamento consensual de conflitos e das demandas decorrentes dos vínculos funcionais e de trabalho. Quando não há consenso entre as partes, as proposições divergentes são encaminhadas para apreciação do Conselho Nacional de Saúde^{19,20}. A pauta permeia os assuntos: implantação de planos de cargos e carreiras, desprecarização do trabalho, estruturação e qualificação da área de gestão do trabalho e da educação na saúde¹².

Militão¹⁷, baseado na ratificação de instalação da mesa, divide o processo em três fases: a primeira, compreendendo o período de 1993 a 1996, com a criação e instalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS); a segunda, no período de 1997 a 2002, com a reativação da mesa de negociação, e, por último, em 2003, quando temos uma nova reativação e a consolidação do espaço no âmbito nacional. Seguimos essa proposta para fins de entendimento político de cada fase.

No âmbito do SUS, a negociação coletiva ganhou força por meio do movimento sindical, abrangendo todos os trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Esse processo pretendia inovar a negociação sindical na administração pública, formalizando o processo com servidores públicos e negociando, simultaneamente, com várias categorias. A concepção norteou o delineamento do processo no SUS, pois previa a negociação nacional, acompanhada por negociações estaduais e municipais, por meio do sistema de Mesas¹⁷.

Dessa forma, foi proposta a instituição da primeira Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP-SUS), com o objetivo de estabelecer fórum de negociação entre gestores e trabalhadores do SUS. Sua criação foi legitimada pela plenária nacional do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua vigésima quarta reunião ordinária, por meio da Resolução nº 52, de 6 de Maio de 1993, tendo como Ministro da Saúde Jamil Haddad^{13,17,18,21}. A proposta de criação da Mesa partiu dos componentes das entidades sindicais integrantes do Conselho, e a resolução sobre a negociação coletiva foi aprovada na 9ª Conferência Nacional de Saúde²⁰.

A resolução estabelecia que o governo federal, estados e municípios estabelecessem processos permanentes de negociação coletiva com as entidades sindicais de trabalhadores da saúde²⁰. Ainda descrevia a constituição da Mesa como espaço paritário, em que participavam 11 representantes da gestão e 11 representantes de entidades dos trabalhadores da saúde. Como pontos de pauta deveriam incluir: salários (reajuste, reposição, isonomia); jornada de trabalho no SUS; carreira de saúde; direitos e conquistas sindicais nas reformas de estrutura dos SUS; mecanismos de gestão de recursos humanos no SUS; entre outros^{18,21}. Sua instalação ocorreu efetivamente em 28 de setembro de 1994, com a portaria 1713²⁰.

A própria resolução atribuiu a iniciativa do Ministério da Saúde para convocar e instalar a primeira reunião da Mesa. Também foi assegurada autonomia para elaborar o seu próprio regimento interno e estabelecer calendários para as reuniões. A criação da Mesa visava melhorar as condições de trabalho e o relacionamento hierárquico dentro das instituições públicas; melhorar o desempenho e a eficácia profissional dos quadros funcionais e a resolutividade dos serviços prestados à população e promover cooperação técnica entre Estados, Distrito Federal e Municípios. Assim, o regimento criava a cultura de negociação permanente do trabalho nos serviços públicos¹⁷.

Apesar de a MNNP-SUS ter sido criada formalmente a partir de uma resolução do CNS, não fazia parte da estrutura organizacional e não mantinha vinculação com o Ministério da Saúde nem mantinha subordinação ao Conselho. Isso preservava a autonomia e independência de funcionamento como uma das características fundamentais e inerentes ao espaço de negociação trabalhista. No entanto, regimentalmente o controle social era a instância mediadora quando ocorriam impasses na negociação¹⁷.

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

Em 1997, a Mesa de Negociação é novamente reinstalada em instância nacional, por iniciativa do Conselho Nacional de Saúde, por meio da resolução 229 de 03 de julho de 1997. Apresentava os mesmos objetivos pautados na resolução n.º. 52/1993. A composição continua paritária, mas com diminuição das representações de 11 para 09 participantes^{17,20,22}.

Com as adversidades do cenário político, a Mesa enfrentava dificuldades de ordem estruturais e conjunturais, e o seu funcionamento não era regular. O funcionamento era nas dependências do CNS, com o apoio da própria secretaria executiva. Além disso, nas reuniões, eram comuns ausências, principalmente dos representantes governamentais, e dificuldade em apresentar pauta sobre reivindicações com um governo que se opunha a sindicatos. A consequência foi a desmotivação da bancada de trabalhadores e dos demais empregadores¹⁷.

Em 2003, em virtude da conjuntura política teve início o movimento de reativação do processo de negociação.

A Mesa entra novamente em declínio no fim dos anos 90 e início da década de 2000. Mesmo participado de forma marcante nas negociações para elaboração e aprovação das Diretrizes para a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-RH) e de algumas tentativas, intermediando soluções de conflitos da relação de trabalho nas três esferas, não conseguiu sobreviver ao esvaziamento por parte dos gestores¹⁷.

Machado et al.¹⁹ concorda com o descrito e acrescenta que a desativação da Mesa durante toda a década de 1990 ocorreu por “absoluta falta de vontade política dos governos da época”.

A Mesa Nacional Negociação Permanente-SUS foi novamente descrita como um espaço de negociação que envolvia o Governo Federal, gestores estaduais e municipais, prestadores de serviço e trabalhadores do SUS, de forma paritária (atualmente composta por 11 membros)^{20,23}.

De acordo com Machado et al.¹⁹, a Mesa tem “[...] suas bases no conceito de controle social, fundamentada nos princípios constitucionais da legalidade, moralidade, impessoalidade, qualidade dos serviços, participação, publicidade e liberdade sindical. As decisões são tomadas em reuniões ordinárias e, às vezes, extraordinárias, mediante consenso entre seus membros”.

Para sua reativação, contou com a aprovação unânime do Conselho Nacional de Saúde, por meio da resolução 331, de 4 de novembro de 2003. O objetivo era tratar todos os assuntos, discussões e conflitos pertinentes à força de trabalho. O processo negociação permanente é essencial para o sucesso da política de gestão do trabalho na saúde e, por isso, está pautado na NOB-RH^{19,20}.

Esse período foi marcado por inovações, como a implantação do plano de cargos, carreiras e vencimentos (PCCS), formação e qualificação profissional, jornada de trabalho, política de saúde do trabalhador do SUS, critérios de liberação de dirigentes e formas de contratação no serviço público, instalação de mesas estaduais e municipais para exercer mandato sindical, seguridade de servidores, precarização do trabalho de negociação e reposição de força de trabalho no SUS^{3,17,20,23}.

A Mesa ganhou caráter permanente no que diz respeito ao seu funcionamento. A sua retomada é caracterizada pelo momento favorável para se estabelecer uma política de redemocratização das relações de trabalho no setor público¹⁷.

De acordo com Klein²⁰, seu regimento interno da Mesa adotava como preceitos democráticos a confiança recíproca, boa-fé, honestidade de propósitos e flexibilidade para negociar, bem como a obrigatoriedade das partes em buscar negociação quando houver solicitação por qualquer delas.

A Mesa Nacional compreende uma estrutura horizontal, representada pelas comissões temáticas e grupos técnicos com finalidade de subsidiar discussões e, vertical,

representada pelo Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP), responsável pelo funcionamento da Mesa Nacional e das Mesas Estaduais e Municipais^{19,20}.

O SINNP-SUS foi instituído formalmente pela Mesa Nacional de Negociação Permanente por meio do Protocolo 03/2005. O Ministério da Saúde conceitua como: “Sistema constituído pela articulação das Mesas de Negociação Permanente do SUS, devidamente regulamentada e atuante nos níveis federal, estadual, regional e municipal, respeitando a autonomia de cada ente político. [...] tem como objetivo promover a articulação e integração entre as Mesas de Negociação, implantar novas metodologias para o aprimoramento do processo de negociação do trabalho no SUS e acompanhar, por meio da Secretaria Executiva da Mesa Nacional, os processos de negociação no SUS. Dessa forma, pretende-se contribuir para a consolidação de uma cultura de negociação, promovendo a democratização das relações de trabalho no âmbito do SUS”¹⁴.

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

Quadro 1 - Histórico de implantação da Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP-SUS)

Resolução do CNS	Fase	Período	Destaques
Resolução nº. 52	Criação	1993-1996	<ul style="list-style-type: none"> - Institui a MNNP/SUS. - Composição: 11 representantes dos gestores e 11 representantes dos trabalhadores. - Pauta: Salário, jornada de trabalho no SUS, carreira de saúde, direitos e conquistas sindicais nas reformas da estrutura do SUS e mecanismos de gestão de Recursos Humanos para o SUS. - Período de funcionamento: final de 1994.
Resolução nº. 229	Reativação	1997-2002	<ul style="list-style-type: none"> - Reinstalação da MNNP/SUS. - Composição: 9 representantes dos gestores e 9 dos trabalhadores. - Mantém os objetivos da resolução anterior. - Período de funcionamento: até o fim da década de 1990.
Resolução nº. 331	Consolidação	2003 aos dias atuais	<ul style="list-style-type: none"> - Reinstalação da MNNP/SUS. - Composição: 11 representantes dos gestores públicos, 02 patronais do setor privado e 13 representantes dos trabalhadores. - Negocia os temas contidos na NOB/RH/SUS: carreira no SUS, formação e qualificação, jornada de trabalho no SUS, saúde do trabalhador da saúde, critérios para liberação de dirigentes para exercer mandato sindical, seguridade dos servidores, precarização do trabalho (formas de contratação e ingresso no serviço público), instalação de Mesas municipais e estaduais, reposição da força de trabalho no SUS.

encaminhadas para apreciação do Conselho Nacional de Saúde^{19,20}.

Para seu funcionamento, a MNNP-SUS pode ter seus trabalhos acompanhados por um facilitador, acordado entre as partes. Esse facilitador deve ter experiência em negociação coletiva, bem como resolver questões e impasses da Mesa, sem atuar no mérito da questão tratada; e em caso de impasse, pode ainda ser nomeado um assessor técnico para viabilizar o processo de negociação^{19,20}. Destacamos que as reuniões ordinárias ocorrem mensalmente.

Dessa forma, Machado et al.¹⁹ se referem à consolidação da Mesa de Negociação como um dos “caminhos que têm levado a melhores soluções para os diversos problemas existentes na relação capital *versus* trabalho”. Por meio da negociação direta entre partes, surgiram soluções de problemas e a necessidade de demanda judicial, otimizando o tempo e energia, fundamentais para o bom funcionamento do SUS.

Para melhor compreensão, agrupamos as fases em análise dispostas em um quadro comparativo (Quadro 1).

CONCLUSÃO |

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão do trabalho em saúde não foi colocada como prioridade na construção da política pública. Para sua execução, a mão de obra ainda é contratada de diversas formas, o que se traduz por fragmentação e precarização do trabalho. Mudanças nessa concepção surgiram com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação vinculado ao Ministério da Saúde.

Paralelamente a essa criação, temos formalizado para discussão do trabalho, entre outras particularidades, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS). Esse é um espaço que estabelece mecanismos de tratamento de conflitos, mesmo sem base legal definida. Seu propósito é fomentar um projeto coletivo de democratização do trabalho na saúde.

O objetivo da participação desses atores é estabelecer um processo de entendimento entre gestores públicos, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde. Isso expressa um avanço na construção de uma nova forma de relações de trabalho no

setor saúde, respaldado nos princípios do SUS e na valorização da força de trabalho, resultando, assim, em melhoria da assistência integral à saúde da população.

Sem dúvida, esse é um espaço legítimo de negociação. Entretanto, foram necessários três momentos para implantação do espaço. Destaco nesse ponto o contexto político, favorável apenas em 2003 para sua consolidação. Nesse espaço, a figura do gestor de saúde e trabalhador de saúde trabalha no sentido de garantir o diálogo sobre os direitos e deveres dos componentes do SUS.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Nogueira RP. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. *Serv Soc Soc.* 2007; 87:1-14.
3. Rollo AA. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? In: Santos Filho SB, Barros MEB, organizadores. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.* Ijuí: Unijuí; 2007. p.19-61.
4. Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(6):1667-76.
5. Machado MH, Koster I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil. As políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: Assunção AA; Brito J. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.195-215.
6. Kantorski LP. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas questões preliminares. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 1997; 5(2):5-15.
7. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima NT, organizadora. *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 257-80.
8. Marsiglia RMG. Prefácio. In: Assunção AA; Brito J.

Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 9-13.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p.146-201.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 202-9.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Ministério da Saúde: Brasília; 2013. Disponível em: URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/departamento_gestao_regulacao_trabalho_saude.pdf>.

13. Pierantoni CR, coordenadora. Avaliação de políticas e programas nacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

15. Arias EHL, Vitalino ES, Machado MH, Botelho ZGA, Luporini MFM. Gestão do trabalho no SUS [Internet]. Cad RH Saúde. 2006 [acesso em 24 nov. 2015]; 3(1):112-7. Disponível em: URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>.

16. Teixeira MC. Negociação coletiva de trabalho no serviço público. Dissertação [Mestrado em Direito] – Universidade de São Paulo; 2007.

17. Militão JBS. A negociação coletiva do trabalho no SUS. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.

18. Baraldi S. Negociação Coletiva em Saúde: uma visão geral sobre o tema e suas características na administração

publica no Brasil e em outros países. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Universidade Federal de Brasília: Brasília, 2005 [acesso em 25 ago. 2014]. Disponível em: URL: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Negociacao_coletiva.pdf>.

19. Machado MH, Aguiar Filho W, Zamberlan FX, Ribeiro SB, Mendonça EP. Mesa de Negociação como instrumento para a Gestão do trabalho no SUS [Internet]. Cad RH Saúde. 2006 [acesso em 28 set. 2014]; 3(1):134-41. Disponível em: URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>.

20. Klein SB. Negociação coletiva de trabalho no setor público: questões doutrinárias e experiências internacionais e brasileiras após a Constituição de 1988. In: Horn CH, Cotanda FC, organizadores. Relações de trabalho no mundo contemporâneo: ensaios multidisciplinares. Porto Alegre: UFRGS; 2011. p. 341-79.

21. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n.º 52, de 06 de maio de 1993. Institui a Mesa Nacional de Negociação, dispendo suas atribuições e composição. Diário Oficial da União 26 maio 1993;Seção 1.

22. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n.º 229, de 08 de maio de 1997. Aprova a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação bem como a composição das representações. Diário Oficial da União 04 maio 1997;Seção 1.

23. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n.º. 331, de 04 de novembro de 2003. Ratificar o Ato de Reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS-MNNP-SUS. Diário Oficial da União 04 dez 2003;Seção 1.

Correspondência para/Reprint request to:

Elisagela Coco dos Santos
Av. Central, 265, Condomínio Recanto das Ilhas, Casa 33,
Colina de Laranjeiras, Serra/ES, Brasil
CEP: 29167-113
Tel.: (27) 99689761
E-mail: elisacoco@gmail.com

Submetido em: 12/01/2016

Accepto em: 20/03/2016