



DECISÃO POR CONSENSO COMO MÉTODO ADEQUADO PARA IMPLANTAÇÃO DO PISO NACIONAL DA ENFERMAGEM

CONSENSUS BUILDING AS AN APPROPRIATE METHOD
FOR IMPLEMENTING THE NATIONAL NURSING WAGE

Deborah Alessandra de Oliveira Damas

Mestranda em Direito pela Escola Paulista de Direito (EPD). LLM (Master of Laws) em Direito Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro (FGV/RIO). Pós-graduada em Direito Empresarial pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR). Graduada em Direito pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Advogada. E-mail: damas.deborah@gmail.com.

Márcia Walquiria Santos

Pós Doutora em Gestão de Políticas Públicas pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP (EACH/USP). Doutora em Direito do Estado pela Faculdade de Direito da USP/SP. Procuradora da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” - UNESP/SP. Professora Titular do Programa de Mestrado da Escola Paulista de Direito - EPD/SP. Professora do curso de Direito do CESG – São Gotardo (MG). E-mail: marciawalquiria61@gmail.com.

Como citar: DAMAS, Deborah Alessandra de Oliveira; SANTOS, Márcia Walquiria. Decisão por consenso como método adequado para implantação do piso nacional da enfermagem. *Revista do Direito Público*, Londrina, v. 20, n. 1, p. 97-115, abr. 2025. DOI: 10.5433/1980-511X.2025.v20.n1.48730. ISSN: 1980-511X.

Recebido em: 11/08/2023

Aceito em: 10/11/2024

Resumo: Este artigo retrata a problemática envolvendo a implantação do piso nacional da enfermagem pelos hospitais filantrópicos e instituições que destinam, pelo menos, 60% de seus atendimentos ao Sistema Único de Saúde. Isto porque a Emenda Constitucional nº 127/2022 atribuiu à União a obrigação de prestar assistência financeira a estas instituições para possibilitar a implantação do piso nacional, o que enfrenta desafios em razão das diferentes realidades salariais existentes no país. Assim, pretende-se analisar a aplicabilidade do método da decisão por consenso, que é um mecanismo consensual de resolução de conflitos, na implantação deste piso nacional. O estudo será realizado pelo método dedutivo, com pesquisa bibliográfica a partir de autores que abordam a decisão por consenso.

Palavras Chaves: decisão por consenso; conflito; hospitais; piso nacional da enfermagem.

Abstract: This article portrays the issues surrounding the implementation of the national nursing wage by philanthropic hospitals and institutions that allocate at least 60% of their services to the Unified Health System. This is because Constitutional Amendment No. 127/2022 assigned the responsibility to the federal government to provide financial assistance to these institutions in order to enable the implementation of the national nursing wage, which faces challenges due to the varying salary realities across the country. Therefore, the aim is to analyze the applicability of the consensus building method, a consensual mechanism for conflict resolution, in the implementation of this national wage. The study will be conducted using a deductive method, with bibliographic research based on authors who address the consensus building process.

Keywords: consensus building; conflict; hospitals; national nursing wage.



INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (Brasil, 1988) incluiu a saúde no rol de direitos fundamentais (art. 5º), atribuindo ao Estado o dever de prestar, de forma universal, esta assistência (art. 196). Embora seja uma obrigação estatal, a própria Constituição possibilitou a participação complementar de instituições privadas no sistema público de saúde, com preferência daquelas enquadradas como sem fins lucrativos (art. 199, § 1º).

Com a sanção da Lei nº 14.434/2022 (Brasil, 2022c) houve o estabelecimento de piso salarial nacional aos profissionais de enfermagem, cujos efeitos foram suspensos pelo Supremo Tribunal Federal (STF), no bojo da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 7222 (Brasil, 2024), em razão das inconstitucionalidades apontadas, do risco à qualidade da assistência, à empregabilidade e às instituições hospitalares.

Com a promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 127/2022 (Brasil, 2022b), foi atribuída à União a obrigação de prestar assistência financeira aos Estados, Municípios, hospitais filantrópicos e instituições que destinem, no mínimo, 60% de seus atendimentos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para o fim de implementar o piso nacional, tendo em vista o importante papel que referidas instituições desempenham dentro do sistema público de saúde.

Mas a implementação desse piso nacional enfrenta um grande desafio, que é conhecer o exato tamanho do montante que a União deverá dispende para prestar a assistência financeira, bem como sua identificação por Estado, Município e hospital abrangido, tornando necessário um adequado planejamento em razão da grande diversidade de valores salariais praticados no Brasil; este fato vem gerando conflitos com os gestores locais do SUS, entidades sindicais, profissionais da enfermagem e até usuários do sistema.

O objetivo deste artigo é demonstrar que os conflitos oriundos da implantação do piso nacional da enfermagem poderão ser resolvidos ou minimizados através da utilização de meios consensuais de resolução de conflito, sugerindo-se o método da decisão por consenso ou, como conhecido em inglês, “consensus building”.

A abordagem será feita exclusivamente em relação aos hospitais filantrópicos e aqueles que destinem pelo menos 60% de seus atendimentos ao SUS, por estarem abrangidos pela EC 127 (Brasil, 2022b). O artigo está estruturado em duas partes: a primeira, contextualizará o leitor sobre todo o processo que envolveu a aprovação do piso nacional de enfermagem; a segunda, se discorrerá sobre o “consensus building”, que consiste em mecanismo extrajudicial de solução de conflito e que permite a tomada de decisão com participação ativa e consenso unânime de todos os envolvidos.

Este estudo será realizado através do método dedutivo, com revisão doutrinária a partir de autores que discorrem sobre a decisão por consenso, objetivando a compreensão dos impactos jurídicos, sociais e econômico decorrentes implantação do piso nacional da enfermagem e a identificação se a decisão por consenso consiste em método adequado para solução deste conflito.

1 PISO NACIONAL DE ENFERMAGEM: CONTEXTUALIZAÇÃO

No dia 04/08/2022 foi sancionada a Lei nº 14.434/2022 (Brasil, 2022c), que instituiu o piso salarial nacional do enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira. Embora já existissem projetos de lei com semelhante matéria em tramitação há mais de 10 anos, a aprovação da referida lei foi realizada em momento pós-pandêmico e em meio à turbulência política pela qual passava o Brasil durante ano eleitoral. O texto aprovado, na parte de interesse deste estudo, tem a seguinte redação:

Art. 15-A. O piso salarial nacional dos Enfermeiros contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, será de R\$ 4.750,00 (quatro mil, setecentos e cinquenta reais) mensais.



Parágrafo único: O piso salarial dos profissionais celetistas de que tratam os arts. 7º, 8º e 9º desta Lei é fixado com base no piso estabelecido no caput deste artigo, para o Enfermeiro, na razão de:

I – 70% (setenta por cento) para o Técnico de Enfermagem;

II – 50% (cinquenta por cento) para o Auxiliar de Enfermagem e para a Parteira (Brasil, 2022).

Os artigos 15-B e 15-C possuem semelhante redação ao art. 15-A, mas aplicáveis no âmbito da Administração Pública federal, estadual e municipal.

Sem entrar no mérito da fixação de piso nacional para esta categoria, o fato é que sua constitucionalidade foi questionada desde o início, seja por vício de origem, seja por criar despesas para a Administração Pública sem a devida fonte de custeio.

Apesar dos debates sobre sua constitucionalidade, a lei foi aprovada. E com objetivo de sanar a inconstitucionalidade por vício de origem o Congresso Nacional aprovou, com extrema celeridade (29 dias), a EC nº 124/2022 (Brasil, 2022a) para acrescer os parágrafos 12 e 13 ao artigo 198 da Constituição Federal (Brasil, 1988), com a seguinte redação:

Art. 198. *caput*

§ 12. Lei federal instituirá pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira, a serem observados por pessoas jurídicas de direito público e de direito privado.

§ 13. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, até o final do exercício financeiro em que for publicada a lei de que trata o § 12 deste artigo, adequarão a remuneração dos cargos ou dos respectivos planos de carreiras, quando houver, de modo a atender aos pisos estabelecidos para cada categoria profissional.

Sem ter como cumprir os valores previstos pela Lei nº 14.434/2022 (Brasil, 2022c) os hospitais e estabelecimentos de serviços de saúde, por intermédio da Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde), ingressou a com a ADI nº 7222, de relatoria do Ministro Luis Roberto Barroso, pretendendo a declaração de inconstitucionalidade da Lei (Brasil, 2024). Dentre os motivos apontados estão (i) o desrespeito à auto-organização financeira, administrativa e orçamentária dos Estados e Municípios, (ii) impacto aos estabelecimentos privados de saúde, (iii) risco de ocorrência de massiva demissão, (iv) fechamento de hospitais, (v) estabelecimento de valor sem considerar as desigualdades regionais e as disparidades de valores praticados e (vi) distorção remuneratória, pois o piso da enfermagem acaba por ser maior que o piso salarial do médico. Para a CNSaúde, todos estes fatores tendem a gerar desemprego, falência de serviços de saúde, aumento dos custos aos usuários (plano de saúde), redução de oferta de serviços ao SUS, queda na qualidade da assistência e até o colapso do sistema de saúde.

Em decisão monocrática, confirmada posteriormente pelo Plenário, foi deferida a suspensão dos efeitos desta Lei, extraindo-se da ementa os seguintes trechos de relevância para este artigo:

Ementa: DIREITO CONSTITUCIONAL E PROCESSO LEGISLATIVO. AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. LEI Nº 14.434/2022 E EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 124/2022. PISO SALARIAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. AUSÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO, PONDO EM RISCO VALORES CONSTITUCIONAIS. CAUTELAR DEFERIDA. 1. Ação direta de inconstitucionalidade contra a Lei nº 14.434/2022, que altera a Lei nº 7.498/1986 para instituir o piso salarial nacional do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem e da parteira, a ser aplicado (a) aos profissionais contratados sob o regime da CLT; (b) aos servidores públicos civis da União, das autarquias e fundações públicas federais; e (c) aos servidores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de suas autarquias e fundações. 2. **As questões constitucionais postas nesta ação são sensíveis.** De um lado, encontra-se o legítimo objetivo do legislador de valorizar os profissionais, que, durante o longo período da pandemia da Covid-19, foram incansáveis na defesa da vida e da saúde dos brasileiros. De outro lado, estão os riscos à autonomia dos entes federativos, os reflexos sobre a empregabilidade no setor, a subsistência de inúmeras instituições hospitalares e, por conseguinte, a própria prestação dos serviços de saúde. 3. É preciso atenção, portanto, para que a boa intenção do legislador não produza impacto sistêmico lesivo a valores constitucionais, à sociedade e às próprias categorias interessadas [...]

II. NECESSÁRIA AVALIAÇÃO DOS IMPACTOS DA MEDIDA LEGISLATIVA

6. Antes de tudo, porém, valores e bens jurídicos constitucionais substantivos impõem a avaliação prévia acerca (a) do impacto financeiro e orçamentário sobre Estados e Municípios e os riscos para sua solvabilidade (CF, art. 169, § 1º, I); (b) do impacto



sobre a empregabilidade no setor, tendo em vista as alegações plausíveis de demissões em massa trazidas aos autos (CF, art. 170, VIII); e (c) do impacto sobre a prestação dos serviços de saúde, pelo alegado risco de fechamento de hospitais e de redução nos quadros de enfermeiros e técnicos (CF, art. 196) [...] (Brasil, 2024, grifo nosso).

A ementa é extensa, mas pela leitura dos excertos acima se observa que coube ao Judiciário o papel de realizar a análise econômica desta nova lei, avaliando os impactos para os demais entes federativos, o risco à empregabilidade, o risco às instituições privadas e o colapso ao sistema de saúde, de modo que a suspensão deferida no âmbito da ADI nº 7222 foi adequada.

Com objetivo de contornar o problema da fonte de custeio apontada na ADI nº 7222 foi promulgada a EC nº 127/2022 (Brasil, 2022b), para o fim de acrescer os parágrafos 14 e 15 ao artigo 198 da Constituição Federal (Brasil, 1988), com a seguinte redação:

Art. 198. *Caput*

§ 14. Compete à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo.

§ 15. Os recursos federais destinados aos pagamentos da assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva.

O ponto importante desta EC foi atribuir à União a responsabilidade de promover assistência financeira aos hospitais filantrópicos e às instituições sem fins lucrativos que destinem, ao menos, 60% ao SUS.

A EC nº 127/2022 (Brasil, 2022b) também alterou os Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) para estabelecer que o superávit financeiro dos fundos públicos e do Fundo Social do pré-sal seriam destinados pela União ao custeio do piso nacional, o que desencadeou inúmeros questionamentos.

Para Ottoni (2023) a EC nº 127/2022 (Brasil, 2022b) não resolveu o problema, pois os superávits indicados são incertos e insuficientes para a implantação do piso salarial, além de não ter existido a criação de uma fonte de custeio nova. Retrata que estes saldos são apenas contábeis e sua utilização dependem de regulamentação orçamentária e não contemplam os custos para as instituições privadas com fins lucrativos, apenas para aquelas que possuem contrato para atendimento ao SUS.

Em sentido contrário, defendendo a constitucionalidade, se manifestou Contarato (2023) afirmando que os superávits dos fundos públicos já somaram R\$ 20 bilhões em 2022 que, aliados aos R\$ 21 bilhões em 2021 do Fundo Social do Pré-Sal, mostram-se suficientes para o custeio do piso nacional de enfermagem, estimado em R\$ 16 bilhões. Retrata que o STF já declarou a constitucionalidade do piso salarial dos professores da educação básica na ADI nº 4167, cuja linha decisória deverá ser mantida como forma de reconhecimento profissional e garantia da dignidade da pessoa humana.

Os fundos existentes, como pontuado por Ottoni (2023), efetivamente são incertos, não se constituem em fonte permanente, não são suficientes para a implantação do piso salarial e também ocasionarão um problema ainda maior: sem fonte de custeio, não há como repassar os valores aos Estados, Municípios e hospitais; estes, por sua vez, ao implementarem quaisquer valores em 2023 enfrentarão problemas futuros em promover a redução dos salários, por expressa vedação Constitucional (Brasil, 1988), que dispõe no inciso VI do artigo 7º: “[...] irredutibilidade do salário, salvo o disposto em convenção ou acordo coletivo”.

Em 11/05/2023 foi sancionada a Lei nº 14.581/2023 (Brasil, 2023a), determinando a abertura do orçamento da Seguridade Social da União para atribuir ao Ministério da Saúde o recurso especial no valor de R\$ 7.300.000.000,00 (sete bilhões e trezentos milhões de reais) a fim de conceder assistência financeira com-

plementar aos Estados, Distrito Federal e Municípios, com vistas ao pagamento do piso nacional de enfermagem. O recurso é, efetivamente, insuficiente ao custeio dos valores, como apontado acima por Ottoni (2023).

No dia 12/05/2023 o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 597/2023 (Brasil, 2023b), estabelecendo diretrizes para a operacionalização do repasse dos recursos, que vem recebendo críticas quanto a seus critérios e metodologias. Isto porque o Ministério da Saúde subdimensionou o valor com o objetivo de adequar ao orçamento, através da utilização de informações constantes na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do ano de 2022, que apresenta dados de 2021, tomando por referência carga horária de 40 horas, quando a maioria dos hospitais utiliza carga horária de 44 horas.

Além disto, esta Portaria apresentou em anexo uma relação contendo o nome de diversas instituições hospitalares e os valores que lhes seriam destinados, fato que induziu muitos profissionais de enfermagem a acreditar que o recurso já havia sido transferido aos hospitais e que estes é que estavam se recusando a repassar aos seus empregados; outros conflitos surgiram pelo fato de muitos hospitais não terem sido contemplados na referida relação, gerando insegurança em todos; e, por último, os valores apontados pelo Ministério da Saúde são reconhecidamente insuficientes, conforme notícia veiculada pela Confederação Nacional de Municípios (2023), onde consta a informação de que apenas para suprir o custo dos Municípios seriam necessários R\$ 10,5 bilhões em 2023.

No dia 15/05/2023, em nova decisão monocrática, o Ministro Luís Roberto Barroso revogou parcialmente a liminar concedida, encaminhando o processo a plenário; após pedido de vistas pelo Ministro Gilmar Mendes e Dias Toffoli, a decisão – no tocante aos hospitais filantrópicos e aqueles que atendem pelo menos 60% SUS - foi referendada nos seguintes termos:

- a) a implementação da diferença remuneratória resultante do piso salarial nacional deve ocorrer na extensão do quanto disponibilizado, a título de assistência financeira complementar, pelo orçamento da União (art. 198, §§ 14 e 15, da CF, com redação dada pela EC nº 127/2022);
- b) eventual insuficiência da assistência financeira complementar mencionada no item (ii.a) instaura o dever da União de providenciar crédito suplementar, cuja fonte de abertura serão recursos provenientes do cancelamento, total ou parcial, de dotações tais como aquelas destinadas ao pagamento de emendas parlamentares individuais ao projeto de lei orçamentária destinadas a ações e serviços públicos de saúde (art. 166, § 9º, da CF) ou direcionadas às demais emendas parlamentares (inclusive de Relator-Geral do Orçamento). Não sendo tomada tal providência, não será exigível o pagamento por parte dos entes referidos no item (ii);
- c) uma vez disponibilizados os recursos financeiros suficientes, o pagamento do piso salarial deve ser proporcional nos casos de carga horária inferior a 8 (oito) horas por dia ou 44 (quarenta e quatro) horas semanais, vencidos os Ministros Edson Fachin e Rosa Weber (Brasil, 2022b).

Nesta nova decisão o STF frisou a competência da União para prestar a assistência financeira, bem como a inexigibilidade da implantação do piso pelos hospitais ali referidos em caso de não repasse dos valores; mas a utilização da expressão “diferença remuneratória” tem sido causa de muitos debates: para alguns, a remuneração foi utilizada como sinônimo de salário; para outros, indica que o piso poderá ser alcançado com a utilização do salário e outras parcelas remuneratórias, como anuênio e gratificações.

Mas para que a assistência financeira por parte da União seja efetiva há necessidade de se apurar qual será o desembolso financeiro necessário; e mais, poderá ser necessário rever cláusulas de Convenções Coletivas de Trabalho (CCTs), acordar como ficarão os reajustes futuros, já que o piso nacional de enfermagem não está atrelado a uma forma de correção.

Neste contexto, se verifica a necessidade de estabelecimento de um método que permita a participação ativa de todos os envolvidos, possibilitando entender a realidade de cada região e o valor exato dos recursos necessários à implementação deste piso, que deverá ser feito de forma consistente, ainda que gradativa, para que cada profissional saiba exatamente como serão feitos os repasses, qual o valor que cada profissional receberá em caso de pagamento parcial e a partir de quando os repasses serão efetuados, pois conforme afirma Canotilho (2023,



p. 257) “[...] o homem necessita de *segurança* para conduzir, planificar e conformar autónoma e responsavelmente a sua vida”.

Dentro deste panorama, o presente artigo se propõe a analisar a utilização a decisão por consenso como método adequado para se proceder a implantação do piso nacional da enfermagem, tendo em vista a disparidade de valores praticados por Estados, Municípios e instituições privadas na área de saúde.

2 CONSENSUALIDADE ADMINISTRATIVA: NOVOS PARADIGMAS DO DIREITO ADMINISTRATIVO CONTEMPORÂNEO A POSSIBILITAR A ADOÇÃO DO CONSENSUS BUILDING

A jurisdição estatal, com sua morosidade, imprevisibilidade de suas decisões e pouca efetividade de seus julgamentos, já não atende adequadamente os anseios da sociedade, exigindo-se a busca por soluções extrajudiciais de conflitos que apresentem resultados mais céleres e adequados (Silva, 2013, p. 12). A respeito da utilização de mecanismos consensuais na resolução de conflito pela Administração Pública, Binembojm (2007 *apud* Brega, 2020, p. 383-384) enfatiza que:

Parece certo reconhecer que um novo papel tem sido atribuído à Administração Pública, sobretudo no que concerne ao atendimento das demandas da sociedade. Parcerias e tantas outras formas de descentralização e compartilhamento de responsabilidades e de atuação do Poder Público são representativas das mudanças havidas nas últimas décadas [...] A solução pacífica dos conflitos está prevista na Constituição Federal do Brasil, em seu art. 4º, VII, que a preconiza como um valor a ser perseguido pelo Estado brasileiro em suas relações internacionais: [...], a partir dessa importante diretriz, passou também o Direito Administrativo a receber forte influência dos princípios constitucionais, de sorte a ser mandatória a releitura de seus princípios específicos.

Também a legislação infraconstitucional prevê a possibilidade de adoção de soluções extrajudiciais no âmbito da Administração Pública, como se observa na Lei de Arbitragem (Brasil, 1996), na Lei da Mediação (Brasil, 2015b) que criou uma seção específica para a Administração Pública e, também, no Código de Processo Civil (Brasil, 2015a), que igualmente contemplou a solução extrajudicial de conflitos inclusive no âmbito da administração pública.

Como mecanismo extrajudicial de solução de conflitos, a decisão por consenso encontra fundamento, por analogia, nos mesmos dispositivos da mediação, pois a ela se assemelha. A informalidade e flexibilidade presentes na mediação também são traços presentes no “consensus building”, onde as partes são os verdadeiros protagonistas e possuem participação ativa.

A diferença entre os dois mecanismos é sutil: enquanto a mediação pode se mostrar mais eficaz em grupos menores e tem na confidencialidade um de seus principais princípios (Tartuce, 2021, p. 227) na decisão por consenso é adequada a conflitos que envolvem grande número de pessoas, que podem ser subdivididas em grupos menores durante o processo de discussão, inclusive com a possibilidade destes grupos designarem representantes para a manifestação de seus pensamentos, até mesmo com poder decisório; com isto, a questão da confidencialidade – princípio essencial na mediação – perde força na decisão por consenso, onde se torna possível até mesmo a existência de reuniões abertas ao público (Shamir, 2003)¹.

Justamente por permitir a participação de toda uma coletividade é que Shamir (2003, p. 15, tradução nossa) afirma que “[...] o processo de decisão por consenso é adequado para questões de planejamento, ambientais e sociais, entre as partes que serão afetadas pela decisão”.

A implementação do piso nacional reflete uma questão social e é por isso que a decisão por consenso pode representar um importante caminho para a solução consensual, pois permitirá que os próprios profissionais de enfermagem – ainda que tenham seus representantes de classe – acompanhem as discussões e tenham

¹ Yona Shamir cita, como exemplo de “consensus building”, o caso envolvendo a construção de um reservatório em San Antonio, Texas, cujas obras não conseguiram ser realizadas em razão da existência de objeções de algumas partes afetadas. Quando o processo foi interrompido, concluiu-se que a única forma de avançar seria através de uma decisão por consenso. Todas as partes interessadas foram acionadas: construtoras, ambientalistas, as forças armadas que possuíam cinco bases na região, a Câmara de Comércio, grupos comunitários, líderes cívicos e ativistas contra o reservatório. As reuniões foram abertas ao público e todas as partes foram ouvidas. Ao final do processo, ficou claro que a cidade de San Antonio não precisava de um novo reservatório, mas, sim, de uma melhor gestão do reservatório existente e uma política foi instituída para esta finalidade (Shamir, 2003).



maior subsídio para posicionamento junto aos órgãos representativos quando da tomada de decisões. Isto investe as partes participantes de poder e autonomia, ao mesmo tempo em que possibilita a conscientização sobre o problema, reduzindo as externalidades negativas como prejuízo à assistência à saúde e a empregabilidade.

Estudos apontam que a quantidade de profissionais de enfermagem existentes nos hospitais variam de 44% a 63% do quadro de empregados, conforme o hospital o grau de complexidade e de serviços de urgência existente (Picchiae, 2009, p. 68; Possa; Trepte, 2018, p. 53), demonstrando que parcela significativa dos profissionais vinculados a um hospital será atingida pelo piso nacional.

Mas para se mostrar a importância da decisão por consenso é necessário que se entenda as disparidades salariais existentes no Brasil. Utilizando-se como referência o Estado do Paraná, que possui piso salarial regional fixado com base em legislação estadual e que em janeiro/2023 correspondia ao maior piso regional do Brasil (Paraná, 2023b)². Para ampliar esta análise, o comparativo será feito entre o piso salarial da enfermagem, o piso regional do Paraná e os pisos salariais estabelecidos em Convenções Coletivas de Trabalho³ (CCTs) firmadas por alguns dos sindicatos da área de saúde situados no Estado do Paraná, que representam valores mais próximos aos efetivamente praticados pelos hospitais sem fins lucrativos:

Tabela 1 – Comparativo de pisos salariais no Estado do Paraná

Discriminação	Piso Enfermeiro	Piso Técnico Enf.	Piso Aux. Enf.
Lei nº 14.434/2022	R\$ 4.750,00	R\$ 3.325,00	R\$ 2.375,00
Piso Regional do Paraná - 2023	Não há	R\$ 1.999,02	R\$ 1.798,60
CCT Curitiba (MR025901/2022)	R\$ 3.292,00	R\$ 1.976,00	R\$ 1.815,00
Vigência: 01/05/2022 a 30/04/2023			
CCT Guarapuava (MR033483/2022)	R\$ 3.167,42	R\$ 1.820,23	R\$ 1.634,84
Vigência: 01/05/2022 a 30/04/2023			
CCT Toledo (MR032858/2022)	R\$ 2.427,70	R\$ 1.647,80	R\$ 1.449,80
Vigência: 01/05/2022 a 30/04/2023			
CCT Iriti (MR035217/2022)	R\$ 3.379,78	R\$ 1.539,68	R\$ 1.369,50
Vigência: 01/05/2022 a 30/04/2023			
CCT Foz do Iguaçu (MR018083/2022)	R\$ 3.032,32	R\$ 1.936,56	R\$ 1.547,95
Vigência: 01/02/2022 a 30/04/2023			
CCT Maringá (MR019481/2022)	R\$ 2.111,72	R\$ 1.529,42	R\$ 1.398,98
01/05/2022 a 30/04/2023			
CCT Vale do Ivaí (MR040056/2023)	R\$ 2.092,00	R\$ 1.426,00	R\$ 1.374,00
01/05/2023 a 30/04/2024			

Fonte: Brasil (2022c, [2024]) e Paraná (2023a).

103

Se há disparidades dentro de um único Estado da Federação, maiores são as diferenças regionais dentro de um país de proporção continental como é o Brasil, como se demonstra com alguns exemplos abaixo que compilam informações de todas as regiões do País:

Tabela 2 – Comparativo de pisos salariais no Brasil⁴

Discriminação	Piso Enfermeiro	Piso Técnico Enf.	Piso Aux. Enf.
Lei 14.434/2022	R\$ 4.750,00	R\$ 3.325,00	R\$ 2.375,00
REGIÃO CENTRO-OESTE			
CCT Cuiabá/MS (MR 016731/2022)	R\$ 2.812,70	R\$ 1.540,00	R\$ 1.229,80
Vigência: 01/03/2022 a 28/02/2023			
REGIÃO NORDESTE			
CCT Fortaleza/CE (MR051196/2022)	R\$ 2.904,13	--	--
Vigência: 01/09/2022 a 31/08/2023	--	R\$ 1.428,55	R\$ 1.326,33
CCT Fortaleza/CE (MR052582/2022)			
Vigência: 01/01/2022 a 31/12/2022			

2 Este piso regional não se aplica para os trabalhadores que possuam pisos fixados em Convenção ou Acordo Coletivo de Trabalho (ACT).

3 Consulta às CCTs através do Sistema Mediador do Ministério da Economia (Brasil, [2024]), através da aba “Consulta Básica”, em “Número da Solicitação” digitar o número correspondente a MRxxxxxx/ano informado nas Tabelas 1 e 2.

4 Utilizou-se como referência os pisos salariais fixados na última CCTs vigentes entre os anos de 2022 e 2023.



REGIÃO NORTE CCT Manaus/AM (MR027156/2022) Vigência: 01/05/2022 a 30/04/2023	R\$ 3.000,00	R\$ 1.650,00	R\$ 1.285,00
REGIÃO SUDESTE CCT São Paulo/SP (MR027156/2022) Vigência: 01/09/2022 a 31/08/2023 CCT São Paulo/SP (MR006248/2023) Vigência: 01/01/2023 a 31/12/2023	R\$ 3.921,14 --	-- R\$ 1.988,86	-- R\$ 1.726,58
REGIÃO SUL CCT Curitiba (MR025901/2022) Vigência: 01/05/2022 a 30/04/2023	R\$ 3.292,00	R\$ 1.976,00	R\$ 1.815,00

Fonte: Sistema Mediador do Ministério da Economia (Brasil, [2024])

Encontrar um mecanismo que possibilite a implantação do piso nacional da enfermagem em todo o território nacional é tarefa árdua e não pode ser feita de forma precipitada; depende de discussão entre as partes envolvidas, possível revisão de cláusulas convencionais, definição da forma de repasse destas rubricas que exigirão prestação de contas pelos hospitais e até mesmo o estabelecimento de critérios de distribuição dos recursos entre os profissionais da enfermagem diante das notícias de que o repasse pela União será insuficiente para custeio integral dos valores.

O direito dos hospitais sem fins lucrativos à revisão dos valores para custeio do piso nacional da enfermagem decorre da própria lei e se enquadra no rol de direitos patrimoniais disponíveis da Administração Pública, tornando possível sua resolução através de métodos consensuais.

Por isso mostra-se acertada a conclusão de Brega (2020, p. 391), refletindo a moderna doutrina do Direito Administrativo: “Parece certo reconhecer que a solução não encontra lugar no litígio. A solução está no justo olhar sobre o adequado cumprimento contratual, pela consensualidade, que tem vocação natural na mediação”.

Para isto, exige-se uma mudança de cultura dos operadores de direito, em especial da Administração Pública; ainda que o custo de uma demanda judicial já esteja contemplado dentro da estrutura do Estado, o retardamento na solução do conflito gera – além da insatisfação do cidadão – um ônus final ao Estado que não é pontuado se levado em consideração a Análise Econômica do Direito. Logo, mostra-se adequada a crítica de Carvalho (2018) ao pontuar:

Diversos elementos relacionados à judicialização da saúde indicam que a passiva aceitação do ajuizamento em massa de tais demandas não parece ser uma escolha eficiente para a Administração. Há vários incentivos que indicam que a mais frequente busca pela solução extrajudicial dos conflitos poderia ser uma estratégia racional e consentânea à economicidade. Com efeito, a Análise Econômica do Direito apresenta raciocínios úteis para que se compreendam as hipóteses em que a celebração de um acordo, que é uma forma de solução cooperativa para o conflito, seria uma estratégia ótima para os envolvidos.

Portanto, a solução para o problema ora apresentado passa pela ótica do interesse público existente, já que o Estado efetivamente depende da sobrevivência dos hospitais sem fins lucrativos e o caminho é a utilização de soluções extrajudiciais visando o repasse aos hospitais dos custos inerentes à implantação do piso nacional.

3 CONSENSUS BUILDING COMO MECANISMO PARA A IMPLANTAÇÃO DO PISO NACIONAL DA ENFERMAGEM

Segundo Buttler e Rothstein (1991, p. 1, tradução nossa), “[...] se a guerra é a resolução violenta do conflito, então a paz não é a ausência do conflito, mas, sim, a capacidade de resolvê-los sem violência”. Em relação à implementação do piso nacional da enfermagem, a capacidade de resolver o conflito sem violência, sem greve, sem paralisação ou prejuízo à assistência dos usuários é a chave de tudo.

Entenda-se que a violência aqui descrita não significa a utilização da força física em relação ao outro, mas, sim, na utilização do poder (econômico, jurídico

ou social) que uma das partes possui e que pode ser empregado com o objetivo de dominar o outro (Buttler; Rothstein, 1991). Portanto, assim como a Administração Pública não poderá utilizar seu poder econômico como meio de pressão para a imposição de propostas que não sejam suficientes para a integral implementação do piso nacional da enfermagem, os hospitais não poderão utilizar de sua essencialidade ao sistema público de saúde como meio de resolver outras pendências passadas e, tampouco, a categoria da enfermagem empregar ameaças de paralisação como meio de coerção.

A escolha do mecanismo de resolução deste conflito será determinante diante das desigualdades regionais e a divergência de valores praticados pelo País. Também será importante para se evitar que a questão se arraste por tempo além do necessário.

Dentre os mecanismos que podem ser utilizados para a implantação do piso nacional da enfermagem está a decisão por consenso ou “consensus building”, mecanismo mais conhecido nos Estados Unidos e pouco difundido no Brasil.

Para alguns doutrinadores (Buttler; Rothstein, 1991; Innes, 2004) a decisão por consenso objetiva a obtenção de uma solução que represente a aprovação unânime de todos os participantes do processo, obtida através da somatória de esforços e boa-fé, em que se procura maximizar todos os ganhos possíveis em favor das partes interessadas.

Em relação à unanimidade, Shamir (2003) afirma que a decisão por consenso poderá ser considerada exitosa se houver a aprovação superior a 90% de seus participantes e traça um divisor no sentido de que uma aprovação acima de 80% caracteriza a decisão por consenso e abaixo disto seria enquadrado como decisão por maioria.

No Brasil, geralmente a tomada de decisão é realizada através do processo de manifestação da maioria; o princípio da decisão por maioria está previsto em diversos dispositivos, citando-se como exemplo os artigos 48, 999 e 1.015 do Código Civil (Brasil, 2002), todos tratando de matérias referentes à tomada de decisão em sociedades.

A regra pela decisão por maioria, a princípio, parece coadunar com o entendimento de justiça e evita, por exemplo, que uma minoria possa contrariar o que representaria o bem ou interesse da maioria; mas também possibilita que a maioria, sabendo que terá o poder de decisão, prejudique deliberadamente os interesses da minoria; em quaisquer dos casos, o impasse acaba levando a discussão para a esfera judicial. Por isso, torna-se importante a construção de consenso em que se busque o melhor resultado possível a todas as partes envolvidas no conflito, gerando soluções mais estáveis e eficientes do que aquelas que seriam obtidas por meio da decisão por maioria.

Esclareça-se que a maximização dos ganhos não quer dizer que a vantagem resultante seja a melhor para cada um dos indivíduos participantes (se analisados isoladamente), e, sim, o melhor dentro de um contexto coletivo. Importa dizer que as partes, estando conscientes das vantagens e desvantagens de cada uma das alternativas possíveis, optam por uma que gere o maior ganho possível a todos os envolvidos. E, o ganho aqui retratado é simbólico, não se relacionando diretamente a uma vantagem patrimonial, pois também pode compreender a redução de uma perda ou de um risco.

Para Buttler e Rothstein (1991) a decisão por consenso, para ser alcançada, exige um compromisso de cooperação ativa dos envolvidos, com processos de fala e escuta disciplinados e respeito às contribuições de cada participante, pois todos têm a responsabilidade de interação no processo criativo dentro da estrutura.

Em qualquer processo de tomada de decisão é comum a existência de negação, repressão ou tentativa de se evitar o conflito; e, quando se trata de uma tomada de decisão que envolve uma relação continuada (como a relação entre gestor do SUS e os hospitais sem fins lucrativos ou dos hospitais e os profissionais de enfermagem), há o risco de se trazer para a negociação conflitos passados

que não tenham sido adequadamente resolvidos, dificultando o processo (Buttler; Rothstein, 1991).

Por isso, torna-se importante que cada participante tenha ciência da regra do jogo e dos objetivos a serem alcançados, com possibilidade de manifestar livremente sua opinião, mas sem perder o foco em relação ao problema que se pretende solucionar.

O “consensus building” não se caracteriza pela somatória de propostas, mas pela construção conjunta de uma única proposta. Todas as objeções ou discordâncias devem ser analisadas e discutidas, de acordo com os princípios definidos pelo grupo antes do início do processo de tomada de decisão. Por isso, há necessidade de se estabelecer regras e diretrizes, para se evitar que a todo momento questões já decididas sejam retomadas e as relações acabem se desgastando (Innes, 2004).

Sobre a construção conjunta de uma proposta Shamir (2003, p. 16, tradução nossa) afirma que é papel do facilitador elaborar um rascunho contendo os principais pontos do conflito, conforme entendido por ele e que o “[...] rascunho deve ser uma análise dos interesses relacionados a uma categoria ou questão específica. Isto permite que as partes visualizem as questões e evitem lidar com elas em um nível pessoal”.

As discussões, pautadas no respeito, são essenciais para a decisão por consenso, pois o acúmulo de ideias gera novas ideias até a obtenção de uma solução ao conflito que seja aceita por todos, dinâmica que se denomina interação criativa de ideia. Nas decisões por consenso todos os participantes são responsáveis em apresentar suas preocupações e nenhuma decisão é adotada enquanto não houver a resolução de cada preocupação manifestada (Buttler; Rothstein, 1991).

De acordo com o Programa de Negociação da Harvard Law School a decisão por consenso passa por cinco etapas:

a. Inclusão das pessoas certas, com definição de suas expectativas: para isto, o negociador precisará avaliar todas as partes que serão afetadas pelo acordo, as quais deverão estar esclarecidas da integralidade dos fatos que envolvem o conteúdo e contexto da negociação;

Atribuição de papéis e responsabilidades: será importante que as regras básicas que serão aplicadas ao processo de negociação sejam originárias de negociação e cada parte envolvida deve estar ciente de suas responsabilidades para o sucesso do acordo;

Envolvimento na resolução do problema: todos os participantes devem se empenhar na elaboração de um texto único que contemple as necessidades de todos os envolvidos antes de se chegar ao ajuste final que contemplará a decisão por consenso.

Obtenção de consenso: é necessário que o negociador mantenha uma comunicação eficaz e construa relacionamentos fortes como meio para se chegar ao consenso.

Manutenção das partes envolvidas em seus compromissos: em qualquer processo negocial, as surpresas são inevitáveis, mas o facilitador deverá cobrar o cumprimento dos compromissos, ponto essencial para a obtenção do consenso unânime; esta costuma ser uma das etapas mais difícil da negociação (Harvard Law School, [2023]).

Segundo Innes (2004) a decisão por consenso tem raízes nas teorias envolvendo negociação, mediação e métodos adequados de solução de conflitos, utilizando-os como meio de transformação e planejamento na construção de propostas. Mas afirma que nem toda atividade desenvolvida sob o rótulo de decisão por consenso efetivamente o é; por isso, muitas experiências relatadas na literatura como inexitosas decorrem de uma inadequada interpretação ou aplicação do “consensus building”. Afirma que para a caracterização da decisão por consenso são necessários:

1. A inclusão de uma ampla gama de partes interessadas;
2. Atribuir uma tarefa significativa para os participantes e que promete ter um impacto oportuno;



3. Os participantes estabelecerem suas próprias regras básicas de comportamento, definição de agenda, tomada de decisões e outros tópicos;
4. Um processo que começa com uma compreensão mútua dos interesses e evita negociações baseadas em posições;
5. Um diálogo onde todos são ouvidos e respeitados e possuem igual capacidade de participação;
6. Um processo de auto-organização que não seja limitado pelos facilitadores em relação ao tempo ou conteúdo, e que permite aos participantes questionarem o estado atual (*status quo*) e todas as suposições;
7. Informações acessíveis e totalmente compartilhadas entre todos os participantes;
8. A compreensão de que o “consenso” só é alcançado quando todos os interesses foram explorados e todos os esforços foram feitos para satisfazer essas preocupações (Innes, 2004, p. 7, tradução nossa).

Ainda segundo Innes (2004), em se tratando de casos de maior complexidade e com a presença de número significativo de participantes, a condução do processo por um facilitador hábil e capacitado se mostra importante para o sucesso da decisão por consenso; mas reconhece que a falta de dados conclusivos sobre o tipo de facilitação necessária gera divergência teórica, pois alguns autores apontam que o facilitador deve ser um profissional capacitado e neutro, enquanto outros afirmam que as próprias partes interessadas ou outros membros de uma comunidade ou grupo podem conduzir o processo de facilitação de maneira eficaz se tiverem habilidades e puderem agir de forma neutra no papel de facilitador.

O fato é que, quando as condições da decisão por consenso são observadas, normalmente se obtém uma compreensão compartilhada dos problemas, com o surgimento de soluções inovadoras através da qual se obtém um crescimento conjunto e o desenvolvimento da habilidade do diálogo. Embora apresente semelhanças com a teoria da racionalidade comunicativa de Habermas, dela se diferencia por não se constituir em uma “visão ideal” de processo, mas sim de uma “visão prática” do que é necessário – em uma situação real – para uma tomada de decisão eficiente, em que se leva em consideração distintas formas de visão, conhecimento e compreensão (Innes, 2004, p. 8).

4 SOBRE CONFLITO E CONSENSO: APLICAÇÃO PRÁTICA DA DECISÃO POR CONSENSO NA IMPLANTAÇÃO DO PISO NACIONAL DA ENFERMAGEM

O conflito faz parte da essência humana, caracterizando-se por elemento fundamental para sua evolução. A presença do conflito em si não indica a existência de algo positivo ou negativo, apenas a forma como o homem se deixa ser influenciado ou atingido pelo conflito é que atribuirá a este uma visão positiva ou negativa (Silva, 2013, p. 104).

Para Deutsch (2004, p. 34) o conflito também possui funções positivas, pois “previne estagnações, estimula interesse e curiosidade, é o meio pelo qual os problemas podem ser manifestados e no qual chegam as soluções, é a raiz da mudança pessoal e social”. É dentro deste viés que a questão referente ao piso nacional da enfermagem deve ser analisada.

É fato que a sanção da Lei nº 14.434/2022 (Brasil, 2022c) instaurou um conflito, do qual poderão advir aspectos positivos. Hoje, há escassez de profissionais de enfermagem no mercado, desestimulados em buscar uma formação para atuar em uma categoria que exige jornadas diárias de até 12 horas (12x36 horas), inclusive em feriados e finais de semana, para executar cuidados com o paciente (incluindo contatos com sangue, fluídos e secreções corporais); os baixos salários, aliado à escassez de profissionais, exigem que estes profissionais trabalhem em dois empregos, de modo a não possuir um único dia de folga para ficar com seus familiares. Ao trabalharem 12 horas todos os dias sofrem com quadro de estafa física e mental, aumentando os riscos de acidente do trabalho, desenvolvimento de doenças profissionais e até falhas no exercício de sua atividade, ou seja, com riscos à saúde do trabalhador e à vida do paciente. Isto sem falar no risco de contaminação inter-hospitalar, pois em razão do duplo emprego o profissional de enfermagem pode levar de um hospital para outro bactérias multirresistentes capazes de se disseminarem rapidamente. Esta é a realidade hoje.



Sob este aspecto, o aumento do piso salarial propiciará condições mais dignas à esta categoria profissional, atraindo mais pessoas para a formação nesta área. A existência de mais profissionais possibilitará aos hospitais, inclusive, efetuar contratações com cláusulas restritivas de duplo emprego como meio de se evitar seus efeitos maléficos, como a Síndrome de Burnout, os riscos de falhas na assistência e a infecção inter-hospitalar.

Portanto, dentro da visão apresentada por Deutsch (2004, p. 34), este conflito que foi ocasionado pela aprovação do novo piso salarial da enfermagem servirá para revitalizar as relações e estabelecer novos paradigmas e regras entre as partes envolvidas, contribuindo para a melhoria das condições de trabalho, da assistência prestada e a satisfação do usuário.

Entendido que o conflito não é necessariamente negativo, ao contrário, apresenta facetas positivas que permitem a evolução das relações sociais, deve-se então entender o que é consenso.

Consenso é mais do que um simples “sim”. Consenso pressupõe consciência do que se está acordando e a voluntariedade na tomada de decisão. Aceitação de uma proposta sob pressão, não é consenso. O “sim” dito sem a ciência de toda a extensão de seu significado também não é consenso.

O consenso somente será legítimo quando todas as partes estiverem informadas sobre os riscos e benefícios do acordo e entenderem que a solução encontrada é a que representa o máximo de ganho possível a todos os envolvidos.

A grande questão é: como implementar o piso salarial nacional em um país de tamanho continental, onde são praticados os mais variados salários e que contém uma série de hospitais públicos e privados, com administrações isoladas?

O caminho deve se iniciar com os gestores locais do SUS, responsáveis pela celebração dos contratos com os prestadores de serviços de saúde. O SUS possui gestão tripartite realizada pela União, Estados e Municípios, cada qual com sua respectiva competência. A gestão dos prestadores é feita de forma local ou regional, conforme seja enquadrada no que se denomina de gestão plena ou semiplena.

Na gestão plena, o Município assume a responsabilidade de gerir os recursos de saúde repassados pela União e Estado, mas possui o compromisso de disponibilizar todos os serviços necessários, incluindo serviços de alta e média complexidade, exames diagnóstico e imagem, hospitais secundários e terciários. Neste caso, os contratos com os prestadores de serviços são celebrados pelo Município, como gestor local do SUS.

Na gestão semiplena, o Estado é quem assume a responsabilidade de gerir os recursos de saúde repassados pela União, além daqueles de seu próprio orçamento. Isto ocorre porque muitos municípios, em razão do seu porte, não dispõem da estrutura assistencial necessária, que passa então a ser organizada pelo Estado através de uma regionalização. Assim, o Estado se organiza em Regionais de Saúde, cada qual responsável por efetuar a organização e integração dos serviços existentes. Nestes casos, o contrato de prestação de serviços é firmado com o Estado.

Por isso, o processo de implantação do piso nacional da enfermagem deve se iniciar nos Municípios (se gestão plena) ou nos Estados, através das Regionais de Saúde (se gestão semiplena). Estes dois gestores do SUS possuem a identificação de todos os prestadores de serviços, com quem já possuem contratos firmados, o que facilitará todo o processo de comunicação.

Ao se delegar aos Estados e Municípios o papel de apuração das diferenças se conseguirá, mais facilmente, adotar o mecanismo do “consensus building”, que exige a correta identificação de todos que, direta ou indiretamente, estejam envolvidos no processo, pontuando suas expectativas e receios, para que o processo de negociação se desenrole.

E, neste primeiro momento, poderia assumir o papel de facilitador do “consensus building” o Ministério Público Estadual responsável pela atuação na área da saúde, que já conhece o meio de funcionamento do SUS e capaz de manter

uma boa interlocução com todos. E, se achar importante, este facilitador também poderá envolver o Ministério Público do Trabalho, entendendo que atuação conjunta de dois ramos do Ministério Público poderá colaborar para a obtenção de uma decisão por consenso.

Mas é importante destacar que o papel dos facilitadores, no “consensus building”, será semelhante ao do mediador dentro da Mediação: a atuação deve ser como terceiro imparcial que, conforme Resolução CNJ nº 125/2010, consiste: “[...] dever de agir com ausência de favoritismo, preferência ou preconceito, assegurando que valores e conceitos pessoais não interfiram no resultado do trabalho, compreendendo a realidade dos envolvidos no conflito e jamais aceitando qualquer espécie de favor ou presente” (Brasil, 2010).

Conforme Tartuce (2021, p. 219) a imparcialidade “representa a equidistância e a ausência de comprometimento em relação aos envolvidos no conflito, [...] sua presença é um fator determinante para que seja reconhecida como válida a atuação do terceiro que intervém no conflito”.

Os facilitadores do processo devem iniciar com a correta e adequada identificação do conflito, das partes interessadas, seus interesses e o tipo de poder que cada uma possui. Também devem conscientizar as partes que o objetivo é alcançar a melhor alternativa para um acordo negociado. Os facilitadores preparados sabem que a disposição das partes em participar do processo já é indício de que estas têm ciência de que, sozinhas, não conseguirão alcançar a satisfação de seus interesses ou, então, que possuem incertezas ou receios advindos da falta de consenso no conflito (Innes, 2004, p. 9).

O caso do piso nacional da enfermagem envolve o repasse insuficiente de recursos por parte da União para custeio efetivo dos valores e utiliza uma fonte que não é permanente. Surgem dilemas: se o recurso é insuficiente, como será feito o rateio entre os hospitais e entre os profissionais de enfermagem? Será destinado o recurso para quem recebe menos ou se dividirá de maneira igualitária entre todos os profissionais? Caso o recurso em 2024 seja menor do que 2023, será possível reduzir os salários pela existência de repasse menor ou até mesmo excluir este repasse?

Estas e tantas outras questões surgirão, mas este artigo pretende demonstrar como a decisão por consenso poderá facilitar o processo. A partir dos cinco pontos informados pela Harvard Law School e mencionado acima, a aplicação prática para a implementação do piso salarial da enfermagem deve contemplar:

1) A identificação de todos os interessados no processo:

A identificação adequada dos envolvidos não é tarefa simples; em um primeiro momento, deve-se identificar todos os atingidos pelo piso nacional (cenário amplo) para, após, reduzir-se aos envolvidos de forma mais direta.

Quanto aos indivíduos atingidos pelo piso nacional da enfermagem, se encontram: (i) Profissionais de enfermagem (setor público e privado), suas associações, sindicatos, federações e confederações; (ii) União, Estados, Municípios, Distrito Federal em seu duplo papel: empregadores e cogestores do SUS; (iii) Estabelecimentos de serviços de saúde privados, com ou sem fins lucrativos, que destinem ao menos 60% de seus atendimentos ao SUS, nos termos da EC nº 127/2022; (iv) Usuários do SUS, que poderão ser impactados, seja pela redução na rede de atendimento ao SUS, seja pelo aumento de pessoas que migram de planos de saúde; (v) Estabelecimentos de serviços de saúde privados, com ou sem fins lucrativos que não possuam contrato com o SUS ou não atinjam o percentual mínimo de 60%; (vi) Planos de saúde, que serão impactados com o aumento da folha de pagamento dos hospitais; (vii) Usuários de plano de saúde, que sofrerão com os aumentos nas mensalidades e, a depender do aumento, muitos usuários migrarão para o sistema público de saúde, que hoje já está sobrecarregado; (viii) Instituições de longa permanência (asilos e casas de repouso) que, embora sejam instituições de assistência social, possuem profissionais de enfermagem em seus quadros; (ix) Instituições de ensino superior que possuem cursos de enfermagem e instituições de ensino profissionalizantes na formação de técnicos em enfermagem, que

precisam de enfermeiros docentes; (x) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula os reajustes dos planos de saúde, com base em cálculos atuariais, onde demonstram a elevação do custo da assistência; (xi) STF, em razão da ADI 7222 (Brasil, 2024).

Neste artigo se analisará exclusivamente os efeitos do piso salarial da enfermagem nos hospitais sem fins lucrativos e aqueles que destinem, ao menos, 60% de seus atendimentos para o SUS. Por isso, dentro do “consensus building” será importante a participação ativa dos quatro primeiros grupos: os profissionais, gestores do SUS, hospitais e usuários. Como os recursos serão repassados pela União, com revogação parcial da suspensão feita pelo STF, desnecessária a participação dos demais interessados.

2) Atribuição de funções e responsabilidades:

A segunda etapa para obtenção de uma decisão por consenso passa pelo estabelecimento das regras e diretrizes: como serão feitas as manifestações de cada grupo? Qual é o comportamento desejado de cada participante? Quais são os objetivos pretendidos e as diretrizes para alcançá-los? Os pontos que já foram objeto de consenso poderão ser passíveis de rediscussão? Como serão as reuniões? Estes e muitos outros questionamentos poderão ser objeto de discussão e definição pelo grupo, para definição das regras de funcionamento.

Definidas as regras de funcionamento, serão realizadas as delegações de funções e responsabilidade a cada participante do processo: de um lado, por parte dos hospitais, serão levantados os salários pagos e parcelas remuneratórias que são calculadas sobre os salários, citando-se como exemplo: adicional por tempo de serviço, produtividade, assiduidade, adicional noturno, gratificações, descanso semanal remunerado, entre outras. Há casos em que existem normas coletivas que estabelecem benefícios com vinculação ao salário ou remuneração, citando como exemplo a vinculação do adicional de insalubridade ao salário percebido ou pagamento de um prêmio ao empregado que se aposenta, que também devem ser levados em consideração por gerar impacto a curto, médio e longo prazo, conforme o risco de aposentadoria. Também existem os encargos reflexos, como férias, gratificação de férias, 13º salário, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), verbas rescisórias, multa de 40% do FGTS sobre a diferença do piso salarial e o PIS/COFINS sobre a folha de pagamento; também devem ser considerados os impactos em caso de retorno de colaboradores afastados em licença previdenciária, substituições, reposições que precisam ser feitas para suprir afastamentos e férias ou manter o Índice de Segurança Técnica (IST)⁵.

Por parte dos profissionais de enfermagem e suas entidades representativas se analisará a possibilidade de revisão de eventuais benefícios constantes em convenção ou acordo coletivo como forma de possibilitar a implantação do piso nacional; também devem discutir sobre as negociações futuras, em que se estabelecerão índices de reajustes para as demais categorias de colaboradores, com definição de como ficará em relação aos profissionais de enfermagem, já que tudo está atrelado ao orçamento da União.

Já os gestores do SUS, além da apuração dos impactos em sua própria folha de pagamento, na qualidade de empregadores, também deverão realizar o estudo sobre a necessidade de aumento da rede contratada, pois a dimensão não poderá levar em consideração apenas os prestadores existentes hoje, mas as expectativas de aumento futuro da rede por conta da demanda crescente.

3) Elaboração de texto único contemplando todos os pontos elencados pelos envolvidos:

A partir dos levantamentos realizados por todos os participantes, o facilitador lançará em texto único as preocupações apresentadas, as divergências e os consensos para facilitar a visualização dos pontos que são convergentes e os que necessitam de aprofundamento e discussão. Neste item, será importante que cada

⁵ O Índice de Segurança Técnica (IST) corresponde ao percentual de profissionais de enfermagem destinados à cobertura das taxas de absenteísmo (faltas não programadas, doenças) e de ausências por benefícios (férias, licenças). Seu cálculo é realizado conforme regras estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

participante tenha direito à manifestação, sendo então elencado os prós e contras em relação a cada item.

4) Obtenção do consenso:

Este é o ponto que mais exigirá a atuação do facilitador; as partes deverão debater sobre os pontos ainda objeto de divergência e somente deverão avançar quando superado cada ponto. Por isso, as diretrizes lançadas no início do “consensus building” se mostram importantes, para que o processo avance e se evite a retomada de decisões sobre questões já consensadas.

Neste processo poderá existir a necessidade de se realizar aditivos em convenções ou acordos coletivos de trabalho, aditivos em contratos de prestação de serviço com os gestores locais, inclusive com uniformização de redação de algumas cláusulas a todos os prestadores, evitando que a diferença de redação gere entendimentos divergentes no futuro. E, ainda, como medida adicional de cautela, é recomendável que os aditivos contratuais com os gestores locais contemplem sob a forma de “considerando” todos os elementos chaves que justificaram a decisão tomada, pois isto constitui uma importante fonte de interpretação futura.

5) Manutenção das partes envolvidas em seus compromissos:

Considerado um dos papéis mais difíceis do facilitador, a manutenção das partes envolvidas em seu compromisso constitui tarefa árdua; o facilitador deverá sempre lembrar da importância dos objetivos traçados desde o início das negociações e ressaltar que o benefício a ser alcançado será o máximo possível a todas as partes envolvidas: não se pode analisar o benefício isolado de uma das partes, mas, sim, o caráter coletivo. Fazer com que as partes cumpram com os compromissos assumidos é tarefa essencial, para que um não se sinta desmotivado em razão do outro não dar cumprimento à sua parte.

É inevitável que durante o processo de negociação apareçam situações não pensadas anteriormente, questões surpresas, mas se as partes estiverem engajadas em encontrar uma solução, esta surgirá. Mas se faz importante que os envolvidos se conscientizem que pendências passadas e não relacionadas ao objeto do “consensus building” não devem ser trazidas para a negociação, sob pena de se desgastar o diálogo e não permitir a superação das divergências.

Ao alcançar a decisão por consenso se obterá, em cada município (se gestão plena) ou região (gestão semiplena) o valor exato e necessário para a implantação do piso nacional da enfermagem, inclusive com as estimativas futuras de seu aumento. Pelo fato das discussões serem realizadas em âmbito local, serão observadas as realidades ali existentes, possibilitando até mesmo a exclusão de certos benefícios convencionais em favor da categoria da enfermagem como meio de facilitar a implantação do piso salarial.

Por fim, alcançada a decisão por consenso, deverão ser firmados aditivos aos contratos de prestação de serviços (entre gestor do SUS e hospitais) ou convenções/acordos coletivos de trabalho (entre hospitais e entidades representativas).

CONCLUSÕES

A aprovação da Lei nº 14.434/2022 que estabelece o piso nacional da enfermagem gera a necessidade de definição, pelo Ministério da Saúde, de mecanismo de apuração e repasse de valores aos hospitais filantrópicos ou que destinem, no mínimo, 60% de seus atendimentos ao SUS, a fim de gerar a segurança jurídica necessária a todas as partes envolvidas (Brasil, 2022c).

O “consensus building” ou decisão por consenso consiste em metodologia eficaz para a implantação do piso nacional da enfermagem, pois permite a participação ativa de todos os envolvidos no processo; além disto, tendo em vista sua construção por meio de consenso entre as partes, levando em consideração a realidade local, estimula seu cumprimento voluntário e reduz os riscos de judicialização futura, o que confere maior segurança jurídica aos envolvidos.

Na elaboração do “consensus building” o Ministério Público poderá atuar como Facilitador que, semelhante ao Mediador, consistiria em terceiro imparcial que contribui para o processo de comunicação entre as partes, facilitando a compreensão e o alcance de solução que atenda ao interesse das partes envolvidas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução CNJ n. 125, de 19 de novembro de 2010. Dispõe sobre a política judiciária nacional de tratamento adequado dos conflitos de interesses no âmbito do Poder judiciário e dá outras providências. Brasília, DF: CNJ, 2010. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2014/04/resolucao_125_29112010_23042014190818.pdf. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 mar. 2023.

BRASIL. **Emenda constitucional n. 124, de 14 de julho de 2022**. Institui o piso salarial nacional do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem e da parteira. Brasília, DF: Presidência da República, 2022a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc124.htm. Acesso em: 30 abr. 2023.

BRASIL. **Emenda constitucional n. 127, de 22 de dezembro de 2022**. Altera a constituição federal e o ato das disposições constitucionais transitórias para estabelecer que compete à união prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios e às entidades filantrópicas, para o cumprimento dos pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira; altera a emenda constitucional n. 109, de 15 de março de 2021, para estabelecer o supérávit financeiro dos fundos públicos do Poder Executivo como fonte de recursos para o cumprimento dos pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2022b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc127.htm. Acesso em: 30 abr. 2023.

BRASIL. **Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o código civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. **Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015**. Código de processo civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2015a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. **Lei n. 13.140, de 26 de junho de 2015**. Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a lei n. 9.469, de 10 de julho de 1997, e o decreto n. 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2.º do art. 6.º da lei n. 9.469, de 10 de julho de 1997. Brasília, DF: Presidência da República, 2015b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13140.htm. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Lei n. 14.434, de 04 de agosto de 2022. Altera a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem e da parteira. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 148, p. 3, 5 ago. 2022c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.434-de-4-de-agosto-de-2022-420535072>. Acesso em: 30 abr. 2023.

BRASIL. **Lei n. 14.581, de 11 de maio de 2023**. Abre ao orçamento da seguridade social da união, em favor do ministério da saúde, crédito especial no valor de R\$ 7.300.000.000,00, para o fim que especifica. Brasília, DF: Presidência da República, 2023a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14581.htm. Acesso em: 12 maio 2023.

BRASIL. Lei n. 9.307, de 23 de setembro de 1996. Dispõe sobre a arbitragem. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: [**BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. Secretaria de Relações do Trabalho – SRT. Sistema de Negociações Coletivas de Trabalho:** Mediador. Brasília, DF: SRT, \[2024\]. Disponível em: <http://www3.mte.gov.br/sistemas/me-diador/ConsultarInstColetivo#>. Acesso em: 30 jun. 2024.](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19307.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.307%2C%20DE%202023,Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20arbitragem.&text=Art.%201%C2%BA%20As%20pessoas%20capazes,relativos%20a%20direitos%20patrimoniais%20dispon%C3%ADveis. Acesso em: 30 jun. 2023.</p></div><div data-bbox=)

BRASIL. Portaria n. 597, de 12 de maio de 2023. Homologa o processo de adesão ao programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no sistema único de saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3123_07_12_2006.html. Acesso em: 13 maio 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação direta de constitucionalidade n. 7222. Arts. 001 e 002 da lei n. 14434, de 04 de agosto de 2022 (promulgada no dia 05 de agosto de 2022 [...]. Requerente: Confederação Nacional de Saúde. Requeridos: Presidência da República e Congresso Nacional. Relator: Min. Luís Roberto Barroso, 6 jun. 2024. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6455667>. Acesso em: 30 jun. 2023.

BREGA, Silvia Maria Costa. Mediação e sua convergência com princípios da administração pública. In: MOREIRA, Antonio Júdice; NASCIMBENI, Asdrubal Franco; BEYRODT, Christiana; TONIN, Mauricio Morais (coord.). **Mediação e arbitragem na administração pública:** Brasil e Portugal. São Paulo: Almedina, 2020. p. 383-391.

BUTTLER, C. T. Lawrence; ROTHSTEIN, Amy. **On conflict and consensus:** a handbook a formal consensus decisionmaking. publisher: food not bombs. Indianápolis: Alexander Technique International, 1991. p. 1-16. Disponível em: <https://q46488.a2cdn1.secureserver.net/wp-content/uploads/2014/06/on-conflict-and-consensus.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2023.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição.** 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CARVALHO, Victor Aguiar de. A judicialização da saúde sob o olhar da análise econômica do direito: um exame dos incentivos ao ajuizamento e à solução extrajudicial de conflitos. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, DF, v. 8, n. 3, p. 308-326, dez. 2018. DOI 10.5102/rbpp.v8i3.5676.

CNM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. CNM vê com preocupação inconsistências em dados do ministério da saúde sobre a distribuição de recursos para o piso da enfermagem. **CNM Notícias**, Brasília, DF, 15 maio 2023. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/cnm-ve-com-preocupacao-inconsistencias-em-dados-do-ministerio-da-saude-sobre-a-distribuicao-de-recursos-para-o-piso-da-enfermagem>. Acesso em: 30 jun. 2023.

CONTARATO, Fabiano. Réplica: constitucionalidades e custeio do piso nacional de enfermagem. **JOTA**, São Paulo, 13 fev. 2023. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/replica-constitucionalidades-e-custeio-do-piso-nacional-da-enfermagem-13022023>. Acesso em: 30 abr. 2023.

DEUTSCH, Morton. A resolução do conflito. In: AZEVEDO, André Gomma de (org.). Estudos em arbitragem, mediação e negociação. Brasília, DF: UnB, 2004. p. 29-44. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4185774/mod_resource/content/2/DEUTSCH-Morton-A%20resolu%20.pdf.

C3%A7%C3%A3o%20do%20conflito-p29-42-Trecho%20indicado.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.

HARVARD LAW SCHOOL. **What is consensus building?**: consensus building is a process involving a good-faith effort to meet the interests of all stakeholders and seek a unanimous agreement. Cambridge: Harvard Law School, [2023]. Disponível em: <https://www.pon.harvard.edu/tag/consensus-building/>. Acesso: 20 abr. 2023.

INNES, Judith. Consensus building: clarifications for the criticals. **Planning Theory**, London, v. 3, n. 1, p. 5-20, may 2004. Disponível em: <https://escholarship.org/content/qt6mp1m8x8/qt6mp1m8x8.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2023.

OTTONI, Marcos Vinicius. Inconstitucionalidades e custeio do piso da enfermagem: é necessário que haja garantias efetivas de custeio não só para o setor público, mas também para o privado. **JOTA**, São Paulo, 3 fev. 2023. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/inconstitucionalidades-e-custeio-do-piso-da-enfermagem-03022023>. Acesso em: 30 abr. 2023.

PARANÁ. Decreto n. 435, de 07 de fevereiro de 2023. Fixa os novos valores dos grupos dos pisos salariais do Estado do Paraná, válidos para 1. de janeiro de 2022, nos termos que especifica. **Diário Oficial Executivo**: Curitiba, ano 109, n. 11107, p. 1-38, 31 jan. 2023a. PL 7400/2022. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibir&codAto=259552&indice=1&totalRegistros=137&anoSpan=2022&anoSelecionado=2022&mesSelecionado=1&isPaginado=true>. Acesso em: 30 abr. 2023.

PARANÁ. Governador assina decreto que garante reajuste no salário-mínimo regional. **Agência Estadual de Notícias**, Curitiba, 7 fev. 2023b. Disponível em: <https://www.aen.pr.gov.br/Noticia/Governador-assina-decreto-que-garante-reajuste-no-Salario-Minimo-Regional>. Acesso em: 30 abr. 2023.

PICCHIAI, Djair. **Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais**. São Paulo: FGV, 2009. p. 68. (Relatório, 25). Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13427/RELATORIO1_05_11_2009%20_2_.pdf. Acesso em: 27 mar. 2023.

POSSA, Lisiane Boer; TREPTE, Renata Flores. **Planejamento e dimensionamento da força de trabalho para os serviços pré-hospitalares fixos e hospitalares de urgência e emergência: desenvolvimento de metodologia**. 2. ed. Porto Alegre: Rede Unidade, 2018.

SHAMIR, Yona. **Alternative dispute resolution approaches and their application**. Paris: UNESCO, 2003. Disponível em: https://www.un.org/waterforlifedecade/water_cooperation_2013/pdf/adr_background_paper.pdf. Acesso em: 20 abr. 2023.

SILVA, Érica Barbosa e. **Conciliação judicial**. Brasília, DF: Gazeta Jurídica, 2013. p. 104-116.

TARTUCE, Fernanda. **Mediação nos conflitos civis**. 6. ed. São Paulo: Forense, 2021. p. 219-227.