



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

JOSENILDO DE SOUSA ALVES

Vinculação do Trabalhador ao SUS no âmbito Municipal:
*perspectivas de valorização baseadas na educação permanente em
saúde*

FEIRA DE SANTANA-BA
2010

JOSENILDO DE SOUSA ALVES

Vinculação do Trabalhador ao SUS no âmbito Municipal:
*perspectivas de valorização baseadas na educação permanente em
saúde*

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis

FEIRA DE SANTANA-BA
2010

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Alves, Josenildo de Sousa

A479v Vinculação do trabalhador ao SUS no âmbito municipal: perspectivas de valorização baseadas na educação permanente em saúde/ Josenildo de Sousa Alves. – Feira de Santana, 2010.

125f.

Orientadora: Marluce Maria Araújo Assis

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.

1.Gestão do trabalho. 2.Educação na saúde 3.Trabalhador de saúde – Formação profissional. 4.Sistema Único de Saúde – Vinculação profissional. I.Assis, Marluce Maria Araújo. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614.2(814.2)

JOSENILDO DE SOUSA ALVES

Vinculação do Trabalhador ao SUS no âmbito Municipal: *perspectivas de valorização baseadas na educação permanente em saúde*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 25 de fevereiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana

Profº. Dr. Túlio Batista Franco
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Acácia Batista Dias
Universidade Estadual de Feira de Santana

Dedico a

Katiuscy. Deixei-lhe tantos dias a me esperar e recebi em troca sua paciência, seu amor e dedicação. Por ter adiado nossos planos pessoais e ter vivenciado comigo esse momento com grandeza, dedico-lhe, em gesto singelo, essa dissertação que representa, em parte, as nossas angústias enquanto trabalhadores do SUS.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus por me dar forças e coragem para defender o que acredito ser a maior das motivações da existência humana: buscar justiça social e defender a vida.

Existem pessoas que aparecem em nossa vida para nos permitir ‘repensar os caminhos’, nos dar coragem e acreditar que vale a pena lutar pelo que se busca: minha querida orientadora Marluce Maria de Araújo Assis apareceu e me fez acreditar, ousar em ser aprendiz, tornou-se amiga, encorajadora e me fez ver o mundo de outra forma. Sou-lhe muito grato pela paciência, ensinamentos, incentivo constante, entusiasmo e lição de vida!

Falar de professor e amigo fica fácil, pois entramos num terreno pavimentado por afinidades e convergências ideológicas. Adriano (Maia) foi o responsável por eu ‘inventar’ mudar os rumos de minha vida profissional e me tornar um “aprendiz de professor”. Obrigado pelo incentivo constante, pois, mesmo estando em Copacabana, não deixou de ser professor, mestre, amigo.

Obrigado Ednaldo pela grande torcida e pelas colaborações sempre muito sábias, sutis e precisas.

Essa dissertação é, certamente, o produto de várias pessoas que desejaram muito vê-la como algo que mudaria minha vida. Contudo, foi Katiusczy quem fez ser possível acontecer! Obrigado, pois, sem você, se fosse possível, não teria a mesma forma, leveza e não traria a mim tanta satisfação de você estar ao meu lado em todas as etapas dessa caminhada. Confesso: essa dissertação foi mais uma criação nossa!

Meus queridos pais me ensinaram a enfrentar as dificuldades do mundo. José Alves e Zenaide são os maiores exemplos de vida que sempre tive. Obrigado por tudo!

Saí de casa aos 18 anos buscando algo que ainda não entendia que seria a maior busca de minha vida. Sempre tive meus irmãos ao meu lado para me ensinarem alguns caminhos menos áridos. Obrigado por serem meus melhores amigos e me apoiarem nessa mais nova investida!

Em especial atenção, agradeço ao meu irmão caçula, Mauro, sua amável esposa Lidisy e pequena Laís por me acolherem e tornarem minha estadia em Feira de Santana mais agradável e minimizar a falta que sentia de minha casa.

Falando em amigos, fui muito feliz, pois na turma de mestrado fiz grandes amizades que não desejo jamais perder de vista. Aos meus colegas, muito obrigado por partilharem

comigo sentimentos, alegrias, tristezas, saudades e de viver comigo um dos momentos mais importantes de minha vida.

À Mariana, Brena, Carina, Morgana, Alaíde, Magda e Fernanda por me acolherem e se preocuparem comigo em Feira de Santana. Obrigado pelo carinho, amizade e incentivo de vocês!

Meus amigos Saulo e Elvira, só nós sabemos o que abrimos mão para fazermos o mestrado. Porém, nunca deixamos de acreditar nos nossos propósitos. Obrigado por compartilharem comigo “dessa importante jornada”.

Apareceram pessoas que *a priori* passariam por nossa vida sem deixar rastro, mesmo porque, só andam correndo. Mas, não deixei que fosse para muito longe de mim, pois atribui a ela uma dura missão: ajudar-me a compreender “um pouquinho melhor a sociologia”. Querida professora Dra. Acácia Batista Dias, obrigado por me ouvir e “dar pitacos”, muito inteligentes e sutilmente revestidos de muita graça, sabedoria e uma leveza incomum.

Ao professor Túlio Franco por, além de ter feito parte da banca no exame de qualificação, contribuindo enormemente, disponibilizou-se a vir para Bahia e participar de minha defesa.

À Professora Ana Luíza Queiroz Villasbôas, obrigado pelas colaborações e por ser uma grande incentivadora, mesmo antes do mestrado.

Aos pesquisadores do NUPISC que, de certa forma, sempre estavam a postos para colaborar. Em especial a professora Maria Angela Alves do Nascimento que tanto me ensinou e tornei-me amigo; a professora Ana Áurea que me acolheu e me orientou no estágio docência e a professora Marisa Leal que se fez tão presente e incentivadora, mesmo sem termos tanto contato anterior.

Aos amigos Luís Rogério, Lucineide Santos, Poliana Cardoso e Kaany do IMS UFBA, que fizeram esse trabalho tornar-se possível de ser realizado. **MUITO OBRIGADO!** Aprendi demais com vocês!

Tiveram pessoas que pareciam ‘anônimas’ na construção desse trabalho, mas jamais esqueceria a participação, pois só o fato de serem amigas já bastava para dizer que foram grandes incentivadoras: Bárbara e Vanessa, obrigado por tudo!

Agradeço gentilmente à professora Tânia Araújo por ter buscado junto à PPPG a bolsa da Capes e a professora Eneida Cerqueira e depois a professora Marluce Assis (como Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UEFS) por ter conseguido a bolsa e, junto a Capes, mantê-la até o final do curso de mestrado.

Ao professor Isaac Suzart Gomes Filho pelo incentivo nos últimos momentos do curso de mestrado. Na verdade um reencontro, pois foi sempre um dos maiores exemplos de professores que já tive desde a graduação em Odontologia. Sou-lhe muito grato, caro mestre!

Ao professor Washington Abreu por ser um dos parceiros e incentivadores desse trabalho.

Aos demais professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS pelo incentivo constante e pela oportunidade de aprendizado.

Aos professores Berlarmino de Jesus, Rita de Cássia Lima Alves e Cristiano Ferraz, pois, sempre em ‘nossas conversas descontraídas’ surgiam novas formas de enxergar o “trabalho como atividade humana”.

Aos dirigentes e trabalhadores do SUS, cenário da pesquisa. Obrigado por contribuírem e fazerem parte dessa iniciativa para reflexão sobre a gestão de coletivos.

À minha querida UEFS e aos tantos amigos que tenho nessa imensa casa.

*Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na
palavra, no trabalho, na ação-reflexão.*

Paulo Freire

RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa sobre Gestão do Trabalho (GT) e Educação Permanente em Saúde (EPS), tomando como recorte um sistema municipal de saúde do Estado da Bahia, Brasil, a partir da leitura dos trabalhadores e gestores e tendo como **objetivos:** analisar o processo de vinculação do trabalhador ao SUS em relação às relações trabalhistas, as condições de trabalho e sua participação na construção de uma proposta de gestão do trabalho no SUS local; discutir a Educação Permanente em Saúde enquanto estratégia de valorização e desenvolvimento dos trabalhadores que integram o SUS local. Toma como **pressuposto teórico:** os trabalhadores que atuam no SUS municipal carecem de capacitação para o desempenho de ações voltadas para novas práticas sanitárias, além da dificuldade de vinculação e fixação destes trabalhadores nos diferentes territórios, pela indefinição, em grande parte dos municípios de uma política voltada para a vinculação, valorização, qualificação e participação do trabalhador na gestão do SUS. A **trajetória metodológica** foi fundamentada na corrente histórico-social. Os sujeitos do estudo foram 14 pessoas: Grupo I (dirigentes - atuam na definição das políticas de GT = 4 pessoas); Grupo II (trabalhadores de saúde – alocados na Estratégia Saúde da Família (ESF) = 5 pessoas) e Grupo III (Informantes-chave = 5 pessoas). As técnicas de coleta de dados foram entrevista semi-estruturada e análise documental. **Os resultados** evidenciam que no cenário escolhido para a pesquisa existem várias formas de vinculação do trabalhador ao SUS municipal e, na ESF, a estratégia para a vinculação do trabalhador é o regime de trabalho por Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que, apesar de ser considerado um atrativo, não garante a estabilidade dos trabalhadores em seus postos de trabalho e; a EPS revela-se como uma potência a ser explorada na valorização do trabalhador do SUS, bem como dispositivo de qualificação do seu trabalho, podendo ser o contraponto para qualificar a gestão do cuidado, cujo grande desafio seria a construção de sujeitos que, de fato, se sintam parte de um sistema integral.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão do Trabalho em Saúde. Educação Permanente em Saúde. Trabalhador de Saúde. Formação. Capacitação. Trabalho

ABSTRACT

The qualitative approach study about worker linkage for the Sistema Único de Saúde (SUS) and the process of Health Permanent Education (Educação Permanente em Saúde – EPS), researching a municipal system health of Bahia state, Brazil, the objective of this essay is to analyze the process of worker linkage for SUS regarding the working conditions and their participation in the construction of a management health proposal to discuss the EPS as a valorization strategy and development of the workers that integrate the local SUS. It has theoretical presupposition the workers of the municipal SUS need training for the performance of actions focused on the new sanitary practices, besides the workers' linkage and permanency difficulty in the different places by elusiveness in great part of the municipalities of a policy focused on a linkage, valorization, qualification and participation of the worker in the SUS management. The methodological trajectory was based on the actual historical-social. The subjects of the study were 14 people: Group I (managers – definite the politics of GT = 4 people); Group II (health workers – that work in health strategy of family (ESF) = 5 people) and Group III (Key informers = 5 people). The techniques of data collecting were semi-structured interviews and documental analysis. The results show that there are several ways of worker linkage to the municipal SUS and, in EFS, the adopted worker linkage follows the working regime by consolidation of working laws (Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT) that, despite being considered attractive it does not guarantee the workers' stability in their working posts and; EPS revealed as a potency to be explored in the worker valorization of the SUS, well as a qualification device of their work being able to be the counterpoint to qualify the management care. Finally, this study shows as challenge the construction of effective bonds of different subjects that everyday work at SUS, in order that these workers are part of an integrated, state and universal system.

Keywords: Worker linkage. Health Permanent Education (EPS). Worker health. Formation. Training. Work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| BA | Bahia |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CD | Cirurgião-dentista |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CLS | Conselho Local de Saúde |
| CLT | Consolidação das Leis do Trabalho |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CONEP | Conselho Nacional de Ética em Pesquisa |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |
| DATASUS | Empresa de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| GM | Gabinete Ministerial |
| GPAB | Gestão Plena da Atenção Básica |
| GT | Gestão do Trabalho |
| GTS | Gestão do Trabalho em Saúde |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMS UFBA | Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia |
| ISC/UFBA | Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOAS | Norma Operacional da Assistência à Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| NUPISC | Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PAB | Piso da Atenção Básica |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PCCS | Plano de Carreiras, Cargos e Salários |
| PPGSC | Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva |

| | |
|--------|--|
| PROESF | Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| REDA | Regime de Direito Administrativo |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SESAB | Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UEFS | Universidade Estadual de Feira de Santana |
| UFBA | Universidade Federal da Bahia |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS | 15 |
| 1.1 Introdução | 15 |
| 1.2 Objetivos | 22 |
| 1.3 Referencial Teórico | 24 |
| 1.3.1 O trabalho no mundo globalizado e suas repercussões no Estado | 24 |
| 1.3.2 A especificidade do trabalho em saúde | 25 |
| 1.3.3 Gestão do Trabalho em Saúde: concepção teórica e práticas | 32 |
| 1.3.4 Trabalho e Educação na Saúde: o desafio de mudar a prática | 41 |
| 1.4 Trajetória Metodológica | 48 |
| 1.4.1 Natureza e tipo do estudo | 48 |
| 1.4.2 Campo empírico do estudo | 49 |
| 1.4.3 Sujeitos do estudo | 49 |
| 1.4.4 Técnicas de coleta de dados | 52 |
| 1.4.5 Caminho metodológico do estudo | 53 |
| 1.4.5.1 <i>Etapa exploratória</i> | 53 |
| 1.4.5.2 <i>Coleta de dados</i> | 54 |
| 1.4.5.3 <i>Análise dos dados</i> | 54 |
| 1.4.5.4 <i>Análise final dos dados</i> | 58 |
| 2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 59 |
| 2.1 Artigo 1 | 60 |
| 2.2 Artigo 2 | 75 |
| 2.3 Artigo 3 | 92 |
| 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 110 |
| REFERÊNCIAS | 112 |
| APÊNDICE A | 121 |
| APÊNDICE B | 123 |
| ANEXO A | 125 |

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

1.1 Introdução

A Lei 8080, de setembro de 1990, regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), define seus princípios e diretrizes, propõe uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. A Lei 8142, de dezembro de 1990, regulamenta e garante a participação da sociedade na formulação das políticas de saúde (CARVALHO & SANTOS, 1995). O marco legal põe em destaque as necessidades e intenções da população na busca de uma melhor qualidade de atenção à saúde, ao tempo em que, possibilita aos gestores, trabalhadores e usuários uma ampla discussão de como gerir a complexidade das ações e serviços de saúde. Essa complexidade é dada, em parte, pelas diferenças regionais e territoriais de um país com grandes contrastes na distribuição de renda, bem como às dificuldades de articulação de uma política de saúde que contemple a diversidade de interesses dos atores envolvidos no processo de construção do sistema público de saúde brasileiro.

Apesar dos significativos avanços na reorganização do sistema de saúde, existe uma clara necessidade de avançar em segmentos, tais como: financiamento, integralidade da atenção à saúde, política de gestão do trabalho e educação permanente em saúde, entre outros.

No que se refere à Gestão do Trabalho (GT) e a política para trabalhadores do SUS, observa-se ainda a necessidade de avançar nas intenções da construção de uma proposta de mudança, fundamentada no ideário da Reforma Sanitária Brasileira, fruto de consensos entre os diferentes sujeitos que lutam pelo SUS. A mudança das práticas em saúde perpassa pela necessidade de reordenação no campo da formação, qualificação permanente e vínculo dos trabalhadores em saúde com o sistema. Para que haja mudanças efetivas na reestruturação do processo de trabalho em saúde, seus trabalhadores precisam estar capacitados para o enfrentamento cotidiano dos problemas, num contexto social diversificado e repleto de contradições, sejam na relação com a população usuária; nas relações entre a equipe de trabalho; e nas relações institucionais que estabelecem com o sistema de saúde.

A implantação do SUS fez-se mediante a um período de profundas mudanças na ordem econômica e política mundial. A globalização da economia interferiu diretamente no processo de implementação de políticas sociais no Brasil, entre elas as políticas de saúde.

A área que discute a gestão dos trabalhadores, antes denominada “recursos humanos”, passou por uma revisão de conceito, incorporando conhecimentos da sociologia e política econômica, em face de necessidades de adequação às modificações do trabalho em saúde, e hoje, pode ser denominada como GT. Essa evolução conceitual será apresentada mais adiante no texto.

No presente estudo adota-se a denominação trabalhador em lugar de “recursos humanos”, por entendermos que os trabalhadores não são meros recursos a serviço de uma organização, de acordo com as premissas apontadas por Cecílio (2007) e Ceccim (2005c).

A formulação e implementação de políticas relativas aos trabalhadores de saúde do SUS organizam-se em torno de duas questões principais que, ao longo dos anos vem sendo tratadas em espaços institucionais específicos: a gestão dos processos que asseguram a presença dos trabalhadores no sistema, e os processos de qualificação dessa força de trabalho, no sentido de adequá-la às necessidades impostas pela oferta de ações e serviços de saúde à população usuária do sistema.

Buscamos, então, apresentar a concepção de Gestão do Trabalho em Saúde (GTS) articulada com a Educação Permanente em Saúde (EPS), baseada no aprofundamento teórico originário de estudos que buscam relacionar o trabalho e a educação como atividades conexas e imbricadas (FRIGOTTO, 2004; MINAYO-GOMES, 2004; FREIRE, 2007).

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde com o objetivo de induzir a criação de uma política para os trabalhadores do SUS. Sendo assim, a GTS e EPS, a grosso modo, constituir-se-iam em áreas conexas e fariam parte de uma mesma política, pois além de prover a ordenação da força de trabalho, a GTS visa promover a desenvolvimento de políticas para formação, bem como processos de educação permanente para os trabalhadores do SUS.

A EPS constitui-se em ferramenta para o desenvolvimento de habilidades/competências entres os trabalhadores de saúde, com incorporação de novas tecnologias no enfrentamento dos problemas do cotidiano no processo de produção do cuidado em saúde e pode possibilitar reflexões sobre as práticas profissionais. A EPS é aprendizagem em serviço e constitui-se numa forma de agregar novas formas de pensar/agir em saúde.

Para Ceccim (2005a) a EPS, ao mesmo tempo em que, disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta (envolvendo agentes, organizações,

instituições de ensino e práticas institucionais), até a confirmação do desenvolvimento de competências necessárias à produção de atos de saúde.

Nesse sentido, a conformação atual da proposta de GTS para o SUS vem sendo construída do ponto de vista político, desde meados da década de 1990, ao se discutir um novo modelo de organização do sistema, colocando na arena decisória o município, enquanto espaço político de gestão (PIERANTONI, 2000; PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004; PIERANTONI e colaboradores, 2008).

Na década de 1990, com o processo de municipalização da saúde no Brasil e, mais precisamente em 1996, com a edição da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS/96, constitui-se em marco histórico fundamental na edificação da descentralização da saúde no Brasil (ASSIS, 1998 a, b). Assim, os gestores municipais viram-se diante da necessidade de aumentar o número de trabalhadores para organizar a rede assistencial em cada cenário municipal.

Em 2002, o Ministério da Saúde publica a NOB RH SUS: princípios e diretrizes, uma direção para GTS. Trata-se de um documento resultado da participação da sociedade organizada e fruto do acúmulo de experiências de gestão e debates nas instâncias de controle social “recolocando a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde” (BRASIL, 2003, p. 9).

A NOB/Recursos Humanos-RH (BRASIL, 2003, p. 15), retrata esta questão dos trabalhadores do SUS da seguinte forma:

Trabalhadores dos diversos níveis de governo e de entidades prestadoras de serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS) convivem no mesmo local de trabalho com direitos e deveres diferenciados, o que é um problema ainda a ser resolvido. É comum a falta de estímulo profissional, os desvios de funções, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, a submissão a formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão, cuja regra é a transgressão à lei, e ainda, com poucos ou inexistentes espaços de negociação com seus empregadores.

Em fevereiro de 2004, o Ministério da saúde através da Portaria 198 (BRASIL, 2004a), institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Assim, a condução local/regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde seria efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Dentre outras funções, a Portaria propõe a formulação de políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a

capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional; estabelecimento de pactuação e negociações permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e movimento estudantil da área da saúde (BRASIL, 2005).

Em agosto de 2007, a Portaria nº 1.996 do Ministério da Saúde, ao dispor sobre as diretrizes para a implantação desta Política, passa a estabelecer que a sua condução regional só possa se efetivar por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Assis, Alves e Santos (2008), discutem que a efetiva vinculação do trabalhador ao SUS indica a necessidade de que este faça parte de uma construção coletiva como sujeito ativo e co-responsável pela gestão do sistema. A precarização das relações de trabalho, a incipiência de um plano de cargos e salários e o distanciamento de uma prática integral e resolutiva, abre caminhos para os desinteresses e descompromissos dos trabalhadores com o sistema. Sendo assim, para superação dessas limitações, a política de RH municipal teria que colocar na agenda a qualificação e responsabilização dos trabalhadores e dos gestores, com participação cidadã, vislumbrando a (re)significação das práticas. Para tanto, é preciso situar o usuário no centro do processo, responsabilizando o trabalhador e gestor no atendimento às demandas/necessidades sociais dos usuários.

Em busca de um novo modelo de atenção, pautado na integralidade, é necessário implementar novos modelos de gestão, incorporar novas tecnologias e vincular trabalhadores preparados para desenvolver atos sanitários que legitimamente resolvam os problemas de saúde da população usuária.

No nível operacional, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, publica em 2005 a agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, tendo como desdobramentos o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS- ProgeSUS (BRASIL, 2006) e a Portaria GM/MS nº 1.996 (BRASIL, 2007).

O acompanhamento e análise da gestão do trabalho e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde têm sido realizados pontualmente por Observatórios de Recursos Humanos em Saúde. Apesar de avanços nas análises e abordagens metodológicas, representados pelos estudos de Pierantoni (2000); Pierantoni, Varella e França (2004); Pierantoni e colaboradores (2008), eles oferecem poucos elementos para a construção de uma proposta inovadora para a gestão do trabalho e regulação profissional no SUS. Isso também desperta para a necessidade de reflexões baseadas em evidências que emergem do cotidiano da gestão do SUS e as dificuldades de se priorizar o problema em questão, conciliar

interesses, sensibilizar os interessados, pôr os problemas de RHS na agenda política e contribuir na construção de consensos.

Observam-se intencionalidades da gestão central do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em implementar espaços de negociação permanente em Estados e Municípios, possibilitando uma descentralização das negociações entre trabalhadores e gestores para propor alternativas para a política de gestão do trabalho, no desenvolvimento e qualificação dos trabalhadores em saúde. Essa intenção parece ficar limitada por dificuldades regimentais e institucionais, em que se coloque a gestão do trabalho como um eixo estruturante que deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações e uma maior vinculação do trabalhador ao sistema.

O modelo de formação dos trabalhadores de saúde centrado na doença e a frágil organização de uma política de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS tem se constituído em entraves para a qualificação dos trabalhadores ao sistema.

Nesse sentido, a Portaria 198 (BRASIL, 2004a), retraduzida por Ceccim e Feuerwerker (2004), introduzem o conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, argumentando que a formação de uma imagem do quadrilátero da formação, possibilitaria a construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde, com valorização do controle social.

Os trabalhos de Pierantoni (2000); Bourguignon e colaboradores (2003); Pierantoni, Varella e França (2004); Pierantoni e colaboradoras (2008); Varella & Pierantoni (2008); Koster (2009); Franco (2007); Ceccim (2005a) demonstram a relevância do tema em questão, GT no SUS, e a necessidade de processos de EPS para os trabalhadores em saúde. Estes autores discutem a realidade da configuração institucional que geram entraves para a articulação de uma política para regulação e desenvolvimento de trabalhadores; e apontam caminhos para ampliar a discussão e aprofundamento teórico e crítico dos dilemas vivenciados no trabalho cotidiano, além da necessidade de implementar processos educativos transformadores e inovadores articulados à mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil.

Mesmo assim, há uma escassez de pesquisas que contextualizem essas evidências no SUS municipal partindo da leitura dos trabalhadores e gestores sobre a questão, apontando novos caminhos para as análises e forneçam mais elementos para o debate e enfrentamento do problema no cotidiano do SUS.

A partir desse contexto, pode-se perceber que as dificuldades na articulação para uma política efetiva de GTS e EPS, passa pelo aprofundamento crítico, com componentes ideológicos e políticos que envolvem a concepção de práticas em saúde e como o trabalho é produzido no ato de cuidar das pessoas na rede SUS. Além disso, devido à falta de vinculação do trabalhador ao sistema municipal, a gestão teria maior dificuldade em propor mudanças no modelo de atenção, e em consequência, no processo de trabalho. Nesse sentido, as práticas e produção de serviços de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS estariam comprometidas, muitas vezes, pela falta de qualificação, motivação e envolvimento dos trabalhadores.

Nessa perspectiva, o interesse em pesquisar a GTS e EPS de um Sistema Municipal de Saúde no Estado da Bahia, emergiu da atuação como trabalhador do SUS e participante em plenárias de discussões em Conferências de Saúde, assim constituindo em fontes de inspiração para pensar/agir; buscando ativamente uma articulação com coletivos organizados nos espaços cotidianos da gestão e do trabalho em saúde.

Surgem, em decorrência das atuações supracitadas, vários questionamentos, os quais se configuram em possibilidades de investigação científica do objeto em questão. Nesse sentido, indica caminhos para um estudo crítico e reflexivo, que tem como objeto de estudo a análise da GTS e EPS em um Sistema Municipal de Saúde no Estado da Bahia, tomando como dimensões de análise: as estratégias para vinculação dos trabalhadores ao SUS municipal; a participação dos trabalhadores na discussão sobre a GTS; a participação dos trabalhadores nos processos de EPS no SUS municipal e, a utilização da EPS como dispositivo de valorização do trabalhador do SUS local.

Diante do exposto, delineiam-se como **questionamentos**:

1. Como tem sido discutida a temática GTS e sua articulação com a EPS e seus processos políticos no contexto do SUS?
2. Quais são as estratégias que compõem a agenda municipal para a vinculação dos trabalhadores, suas condições de trabalho e sua participação nessa discussão?
3. Como tem se conformado a participação dos trabalhadores nos processos de EPS no SUS municipal e sua utilização como dispositivo de valorização do trabalhador do SUS local?

Os movimentos e questionamentos explicitados demonstram o compromisso do sujeito envolvido no processo de construção do sistema público de saúde para desenvolver uma pesquisa que suscite olhares críticos, com capacidade para analisar os diversos dados e as diferentes informações nas suas inúmeras perspectivas. Ou seja, tornar a pesquisa um dispositivo indutor de motivações que conduzam a mudanças de atitudes que incentive a

melhoria da realidade desse contexto municipal, contribuindo também para uma reflexão de outros contextos.

Outra motivação para tal investigação também nasce das experiências concretas e inquietações do sujeito-pesquisador e, também, trabalhador do SUS. As várias inserções ao longo da trajetória profissional foram instigantes, proporcionando um olhar crítico-reflexivo, a partir de um lugar privilegiado, enquanto protagonista dos conflitos referente às relações de trabalho, muitas vezes precarizadas nos cenários da produção da saúde e das dificuldades de se qualificar enquanto trabalhador do SUS. Assim, parece haver uma grande dificuldade de se articular a implementação de uma política de GT e EPS, quer seja na forma de contratação, quer nas estratégias de vinculação do trabalhador ao sistema municipal de saúde.

Nas diversas instâncias da gestão, percebe-se uma centralização no campo das decisões, uma cisão entre as distintas secretarias municipais, levando o financiamento e utilização dos recursos do SUS a uma burocratização instrumental, atendendo a anseios administrativos e políticos, afastando-se do ideário estabelecido para o campo da saúde coletiva. Ou seja, mesmo no micro-espço municipal, constata-se forças instituídas¹ e instituintes², permeadas por contradições e conflitos com o ideário do SUS. As dificuldades são evidenciadas nas negociações entre os trabalhadores e gestores, no que se refere a consensos para a vinculação dos trabalhadores ao sistema de saúde, presentes nos debates para efetivação da política de Gestão do Trabalho, com um Plano de Cargo, Carreira e Salários SUS.

Diante de tal configuração institucional, parece haver um hiato entre a conformação regimental postulada na legislação vigente e as práticas de gestão do sistema. Assim, a gestão do trabalho no SUS, torna-se um dos grandes dilemas a serem enfrentados pelos gestores municipais.

Com o avanço dos dispositivos e estratégias necessárias para a ampliação da atenção à saúde nos municípios, faz-se necessário o aumento do número de trabalhadores de saúde. Essa questão torna-se fundamental para a oferta dos serviços de saúde, porém sem uma efetiva solução para as dificuldades de contratação de profissionais de forma lícita, a situação de precarização das relações de trabalho coloca os gestores municipais diante de um grande dilema a ser enfrentado.

¹ [...] Cumpre um papel histórico importante porque vigora para ordenar as atividades sociais essenciais à vida coletiva” (BAREMBLIT, 1994, p.178).

² Processo mobilizado por “forças produtivo-desejante-revolucionárias, que tende a fundar instituições ou transformá-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais” (BAREMBLIT, 1994, p. 178).

Uma questão recente, mas não menos importante, é o questionamento sobre o tamanho das equipes no Programa Saúde da Família - PSF e sobre a necessidade de inserção de novos trabalhadores. Há praticamente um consenso acerca da limitação da equipe mínima para agir sobre a complexa dimensão do processo saúde-doença, contudo não fica claro em que momento, em qual quantidade e quais trabalhadores devem ser inseridos na estratégia. As equipes matriciais em Campinas (CAMPOS, 1999b) serviram de inspiração para os Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008), mas novamente uma questão entra em debate, quem financiará as equipes e como os diferentes trabalhadores serão vinculados? Quais serão os salários? Apresenta-se, então, uma proposta de ampliação da precarização, juntamente com a inserção de novos trabalhadores, podendo contribuir para o nível de insatisfação e aumento dos conflitos nas relações de trabalho. Por conseguinte, os municípios precisarão de políticas de GT e de EPS que dêem conta dos novos rearranjos nos serviços de saúde.

Por fim, importante contribuição pode ser dada com esta investigação, no sentido de sugerir ao final, eventuais possibilidades para o avanço da GT no SUS municipal. Espera-se agregar conhecimento ao arsenal já existente e ainda transferir tecnologias de análise qualitativa para outros municípios que poderão ser pesquisados, contribuindo também com seu quadro técnico e o esforço que fazem na construção de um sistema público universal.

A partir das ponderações acima apontadas, delimita-se o seguinte **pressuposto teórico**: os trabalhadores que atuam no SUS municipal carecem de capacitação para o desempenho de ações voltadas para novas práticas sanitárias. Além da dificuldade de vinculação e fixação destes trabalhadores nos diferentes territórios, pela indefinição, em grande parte, dos municípios de uma política voltada para a vinculação, valorização, qualificação e participação do trabalhador na gestão do SUS.

1.2 Objetivos

- Problematizar a temática GTS, tendo como desdobramento os processos políticos no contexto do SUS e sua articulação com a EPS.
- Analisar o processo de vinculação do trabalhador ao SUS no que diz respeito às relações trabalhistas; as condições de trabalho e sua participação na construção de uma proposta de gestão do trabalho no SUS local.
- Discutir a EPS como estratégia de valorização e desenvolvimento dos trabalhadores que integram o SUS local.

REFERENCIAL TEÓRICO

1.3 Referencial Teórico

1.3.1 O trabalho no mundo globalizado e suas repercussões no Estado

São diversas as formas de entender o trabalho nos seus diferentes aspectos e concepções. Faremos uma breve reflexão conceitual sobre a categoria trabalho, não como forma de adoção de uma linha teórica específica, mas com o objetivo de melhor compreender as atividades do trabalho nos dias atuais e sua especificidade na área da saúde.

A respeito do trabalho, Marx (1994) acrescenta que o trabalho é um processo em que o homem e a natureza participam, onde o ser humano por meio do movimento das forças naturais de seu corpo apropria-se dos recursos da natureza e a transforma, e com isso transforma-se a si mesmo. A visão marxiana reconhece que o homem modifica natureza ao tempo em que ele se modifica. Nesse sentido, diferentemente do animal, o ser humano antes de transformar sua construção em realidade ele pode idealizá-la.

Baseado em Giddens (2004), pode-se introduzir a discussão sobre o trabalho como atividade. Nesse sentido, os indivíduos se ocupam por toda vida em troca de remuneração para garantir a sobrevivência e, ao final da vida, se libertam dela, conferindo um caráter de escravidão e a liberdade só virá com o fim do trabalho, ou seja, ao se aposentar.

A sociologia busca há muito problematizar o conceito de trabalho, seus significados e sentidos como elemento estruturante de toda uma sociedade.

O autor acima citado discute as diversas características do trabalho que são relevantes, como um elemento estruturante na constituição psicológica das pessoas e como um ciclo das atividades diárias. Dentro dessa perspectiva aponta alguns aspectos fundamentais: remuneração (fonte de rendimentos para realização de outras atividades do cotidiano); nível de atividade (o trabalho exerce uma base para aquisição e o exercício de certas capacidades); variedade (o trabalho possibilita o acesso a contextos que contrastam com os ambientes domésticos); estrutura temporal (para indivíduos com emprego fixo, o dia encontra-se habitualmente organizado conforme seu ritmo de trabalho); contatos sociais (o ambiente de trabalho possibilita a criação de laços de amizade e a oportunidade de partilhar atividades e experiências); identidade pessoal (o trabalho é habitualmente valorizado pelo sentido de identidade social estável que oferece).

Os argumentos de Giddens trazem uma série de questões que complexificam a atividade do trabalho para além do trabalho, como forma de possibilitar uma remuneração e garantir a subsistência.

As mudanças ocorridas na ordem mundial na década de 1990 provocaram intensas mutações, econômicas, sociais, políticas, ideológicas, como reestruturação dos processos produtivos e uma nova ordenação do trabalho na sociedade.

Antunes e Alves (2004) ao discutirem as mudanças no mundo do trabalho na era da mundialização do capital, inferem que, é visível a perda significativa de direitos e de sentidos, em sintonia com o caráter destrutivo do capital vigente e o trabalho nesse novo cenário globalizado, tornou-se mais precarizado, por meio de formas de subemprego, intensificando os níveis de exploração para aqueles que trabalham.

Por esta ordem, a globalização, trata-se de um fenômeno multidimensional, que obedece a decisões de natureza política. A reestruturação dos processos de produção, orienta-se por uma racionalidade econômica, interferindo no mundo do trabalho, provocando a perda de proteção social no trabalho, além da fragilização das relações trabalhistas que é proporcionada pela flexibilização dos vínculos. Surgem daí formas de terceirização, associadas à precarização do trabalho, subsidiando vínculos informais e flexibilização das leis trabalhistas, com redução ou extinção de proteção social.

Pierantoni (2000) fazendo uma abordagem sobre as reformas do Estado, dando ênfase à gestão do trabalho na área da saúde, destaca que as reformas do Estado na década de 1990, proporcionaram uma flexibilização das relações de trabalho, com diminuição do quadro funcional estatal, uma crescente terceirização e precarização das relações trabalhistas. É importante destacar que o setor saúde faz parte de uma “nova ordem” de organização do processo de geração de capital a guisa do desenvolvimento econômico.

Assim, as políticas centradas em processos de reforma, nas últimas décadas, com as proposições relacionadas com a “diminuição” do Estado, perda de proteção social do trabalho e dos trabalhadores, globalização financeira com hegemonia do capital financeiro sobre o capital produtivo, agravavam a situação da empregabilidade (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004).

Nessa prerrogativa, a globalização provocou profundas mudanças na organização do trabalho, gerando, muitas vezes, perdas para os trabalhadores em todos os setores produtivos.

1.3.2 A especificidade do trabalho em saúde

Baseado na obra de Mendes-Gonçalves (1994) teoriza-se sobre a caracterização tecnológica do processo de trabalho em saúde, problematiza-se o conceito de trabalho em saúde como sendo constituído de práticas sociais que tem sido construído historicamente.

Tratando-se de um trabalho realizado a partir de necessidades oriundas da dinâmica das relações com outras práticas, esse se relaciona ao atendimento das necessidades sociais, seja no enfrentamento da complexidade desse contexto, sendo constituído de cada momento histórico.

O campo de intervenção do trabalho em saúde é o de prestar assistência, intervir sob o processo saúde-doença, desempenhando ações e atos sanitários que tenham a capacidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas. O processo de trabalho é determinado pela finalidade, fruto da intencionalidade que o trabalhador empreende ao realizá-lo, que por sua vez, estará de algum modo impregnado no resultado - o cuidado em saúde.

Ao mesmo tempo em que o cuidado se realiza através do processo de trabalho em saúde, concretiza-se a contribuição do trabalho com diferentes saberes e práticas para a efetivação e consolidação do SUS, tendo como objetivo maior a defesa da vida, individual e coletiva.

O SUS vem conseguindo avanços, mas não obteve correspondência em relação às mudanças das práticas de saúde, que continuam centradas essencialmente no atendimento do médico, voltadas para o biológico e especialidades, com foco na doença.

Os recursos utilizados não são apenas os instrumentos materiais, mas também os saberes que organizam e articulam as práticas referidas à saúde e à doença e as tecnologias do trabalho em saúde (MENDES GONÇALVES, 1994).

Acerca das transformações no âmbito da produção do trabalho em saúde, Merhy (1997, 2002) teoriza sobre o processo de trabalho em saúde, afirmando que este é, designadamente, um “trabalho vivo em ato”. Dessa forma, só existe em ato, em ação, ou seja, no momento do trabalho em si, ocorrendo no instante do encontro do trabalhador de saúde com o usuário, sendo assim, é sempre relacional.

Para o autor, é o momento em que o trabalhador pode agir com certa autonomia, ainda que esteja sob pressão externa, pois, o “trabalho vivo em ato” é, eminentemente, instituinte, mesmo que em graus diversos, já que poderá estar sendo sujeitado aos procedimentos instituídos. Ainda, assim, complementa:

[...] quando se trata de trabalho em saúde, esta autonomia do trabalho vivo em ato é bem ampla, independente de estar ou não sob a forma empresarial, em relação aos movimentos de ‘captura’ pelas tecnologias mais estruturadas (duras e leve-duras) e pelas necessidades. Pois ambas – tecnologias estruturadas e necessidades – capturam o trabalho vivo em ato, no processo interseçor que, em saúde, é sempre um processo ‘quase-estruturado’ (MERHY, 1997, p. 89).

O pensamento do autor supracitado possibilita discutir os momentos do processo de trabalho, como momentos de embates com interesses diversos, quase nunca consensuais sobre as necessidades de rupturas. Aqui, o autor introduz o conceito de micropolítica, afirmando que cada sujeito social tem certo grau de autogoverno e imprime no cotidiano das práticas em saúde, distintos processos instituintes que operam em várias direções dentro desse micro espaço.

Diante dessa possibilidade de transformação, Merhy (1997) retorna a discussão sobre as ferramentas tecnológicas apropriadas para confrontar com as sólidas instituições de saúde. Sobre a questão, o autor aposta nas tecnologias leves – tecnologia de relações – para ampliação das possibilidades terapêuticas e redirecionamento do modelo de saúde comprometido com a defesa da vida. É, nesse sentido, que Campos (2003a) propõe uma clínica alicerçada na ampliação da autonomia do usuário e, para a reformulação da prática, sugerindo o estabelecimento de novas relações de cuidado, a partir do vínculo, acolhimento, responsabilização, resolubilidade, contrato, auto-cuidado, entre outros, todos componentes de um novo fazer/agir em saúde.

As tecnologias são classificadas como “duras, leve-duras e leves”. As duras referem-se aos materiais e equipamentos; as leve-duras referem-se aos saberes profissionais bem estruturados como a clínica e a epidemiologia; e, as tecnologias leves são tecnologias de relação como a escuta, acolhimento e vínculo (MERHY, 2002).

Na produção do cuidado na “porta de entrada” do SUS, entretanto, constata-se múltiplas tensões na organização do trabalho. Apesar de as práticas com o coletivo, com as famílias, nas casas, locais de trabalho e convivência serem uma atribuição do conjunto da equipe, elas são assumidas principalmente pelos agentes comunitários, seguidos pelos profissionais da enfermagem. A carga de atenção por meio das consultas clínicas é extremamente pesada e ocupa grande parte da agenda dos médicos.

Os programas efetivamente produzem certo ordenamento das práticas de saúde, ao tempo que criam uma carga grande de “procedimentos obrigatórios”. Ou seja, as necessidades de saúde definidas tecnicamente por meio da Epidemiologia e as práticas estabelecidas por meio da Programação em Saúde, fundamentados no saber da clínica, e, ao mesmo tempo, limitam o repertório de ação dos trabalhadores. Pois, desconsideram as singularidades e oferecem poucas tecnologias para os aspectos subjetivos envolvidos no processo de viver e adoecer. Sem novas tecnologias, o cuidado clínico ou fica restrito ou reproduz o hegemônico. Além disso, as equipes enfrentam muitas dificuldades para lidar com a demanda espontânea e a atenção a elas quase sempre se conforma no esquema queixa-conduta.

Para superação dessas limitações, a política de saúde municipal teria que colocar na agenda a qualificação e responsabilização da equipe e dos gestores, com participação cidadã, vislumbrando atender de forma dialógica e flexível as demandas/necessidades dos usuários, com capacidade segundo Campos (2003b) para resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população, na “porta de entrada”, ou seja, na ABS.

Nesse contexto, Franco, Bueno e Merhy (2003, p. 40), resumem o que foi discutido até aqui:

[...] nas práticas individuais e coletivas, o que buscamos é a produção de responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, reconhecemos que sem acolher e vincular não há produção desta responsabilização nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença.

No limite do desenvolvimento de práticas sanitárias resolutivas com a defesa da vida humana, situam-se as próprias necessidades dos agentes promotores de saúde, com o produto do seu trabalho, constituído de saber técnico, vivências e experiências que caracterizam o trabalhador da saúde como agente de transformação social.

A especificidade do trabalho no SUS é retratada por Campos (2000) que aborda o dilema entre a produção de valores de uso e a constituição de sujeitos. Nesse sentido, reflete sobre a concepção antitaylorista referindo-se que todo Coletivo Organizado para a produção cumpre um duplo papel: produzir bens ou serviço social e ao mesmo tempo, assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integram ou dela depende.

Sendo assim, o autor problematiza essa questão fazendo referência à necessidade de ter um trabalhador envolvido com seu trabalho, garantindo-lhe autonomia, liberdade e prazer com seu trabalho. Considera fundamental o interesse e o desejo dos trabalhadores, em todas as situações, particularmente em contextos desfavoráveis. Para tanto, seria necessária a construção de uma nova correlação de forças, garantido um maior equilíbrio, resultando em democracia.

A discussão trazida pela obra de Campos trabalha com a hipótese de que a produção e o atendimento de necessidades sociais dependem da produção simultânea de trabalhadores com interesses e necessidades, propondo que a gestão desses processos deveria ser compartilhada (co-gestão).

Nesse sentido, o autor, sugere a co-gestão e não a autogestão como alternativa de

governo, pois essa produz isolamento e dificulta a construção de uma subjetividade integrando os desejos e interesses dos distintos Sujeitos. A democracia e a justiça social dependem de se articularem alternativas contrárias à lógica privatizante das políticas neoliberais, reafirmando-se a necessidade e a conveniência, não da extinção, mas da ampliação do número e do espectro de intervenção das Organizações Públicas.

A obra de Campos nos instiga a discutir mecanismos indutores de gestão colegiada nos processos de decisão e de gestão em saúde, bem como a participação de todos os atores envolvidos no desenvolvimento de atos sanitários e na gestão do cuidado em saúde.

É nesse sentido que Campos e Campos (2006) enfatizam que a autonomia é um dos objetivos centrais da política, da gestão e do trabalho em saúde. Os autores argumentam que o sistema deve contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas.

Ao tratar da gestão pela escuta e da liderança, Rivera (2003), coloca em destaque o ‘recurso humano’ na dimensão produtiva e do investimento nas pessoas, no sistema de relações e na cultura. Assim, constitui-se um novo paradigma organizacional que estaria baseado no princípio da simplicidade das estruturas organizacionais, implicando uma revitalização da importância das estruturas e dos procedimentos como fatores integrados; no princípio de autonomia das pessoas; e no princípio do governo da cultura.

A gerência participativa passa a ser um dos eixos do novo estilo de gerenciamento, assim, a profissionalização ou o desafio de estruturação da organização, a partir do conhecimento passa a ser mais importante do que as estruturas e procedimentos.

Nesse sentido, indica que o ideal da liderança forte, carismática, deixa de ser funcional, em prol de um tipo voltado para a mobilização. O autor traz como hipótese para a reflexão, que além da importância das metodologias racionalistas de gestão, cresce a relevância da compreensão de fatores como a cultura, a negociação e a liderança que são alicerces de uma nova forma de condução baseada na escuta.

Em contrapartida, Rollo (2007), acrescenta que, o arcabouço constitucional e normativo do SUS, fruto de luta democrática, garante a co-gestão nas três esferas de governo, porém, traz as seguintes interrogações:

[...] Em que medida estes espaços são realmente espaços de gestão compartilhada com elaboração, aprovação de prioridades, de projetos / planos de saúde, monitoramento e avaliação de processos e resultados? Os profissionais de saúde, as lideranças sindicais e comunitárias, os governos, têm priorizado espaços como locais privilegiados de articulação e alianças para o fortalecimento e garantia de sustentabilidade do SUS?

Os dispositivos mediadores da participação dos trabalhadores e população usuária na formulação das políticas públicas de saúde constituem-se nos Conselhos e Conferências de Saúde. Embora esse espaço seja legítimo do ponto de vista institucional, muitas vezes, não é ocupado pelos trabalhadores e usuários do SUS.

Hennington (2007) propõe uma reflexão sobre a gestão dos processos de trabalho em saúde e tem como foco os trabalhadores e as contribuições da ergologia para repensar a produção do conhecimento sobre o trabalho. Nesse sentido, afirma que a globalização ocasionou efeitos diretos e indiretos na força de trabalho em saúde de muitos países, e muitos desses efeitos são reflexos do enxugamento do Estado e, conseqüente, corte em programas sociais e de saúde, entre eles cita: a redução ou manutenção do contingente de trabalhadores em contexto de ampliação de demandas; deteriorização das condições de trabalho e precarização do mercado; redefinição do papel do Estado, atuando como regulador do processo; e aumento da participação do setor privado na oferta de serviços. Considera ainda que, a melhoria do modelo de atenção requer mudanças no modelo de gestão, de modo que os sujeitos envolvidos assumam papéis de relevância, potencializando o estabelecimento de práticas humanizadas.

Tomando como referência a mesma base teórica da Ergologia, Scherer, Pires e Schwartz (2009), buscam contribuir com a discussão acerca do trabalho coletivo em saúde, destacando sua especificidade e as dificuldades de construção e gestão de coletivos de trabalho. Abordam o trabalho como atividade humana que compreende, dialeticamente, a aplicação de um protocolo prescrito em uma perspectiva singular e histórica; e mesmo que as formas de organização e de gestão do trabalho sacrifiquem a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade, as ações e atitudes tomadas pelos sujeitos são carregadas de opções pessoais e as ações são reconfiguradas permanentemente pelas escolhas cotidianas dos sujeitos.

A gestão na perspectiva da Ergologia é um fenômeno universal que ultrapassa a dimensão macropolítica e a prescrição de atividades e tarefas. Envolve escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, além de envolver valores que orientam a tomada de decisões pelos trabalhadores no cotidiano. Para a realização de um trabalho, existe sempre uma prescrição que consiste em objetivos definidos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de obtê-los. A prescrição é feita pela sociedade e pela instituição, mas também pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente e em grupo. A prescrição não é apenas o oficial, mas também o oficioso, a maneira como os

trabalhadores se organizam para fazer ou não o que está prescrito (SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2009).

Para Schwartz e Durrive (2007) a Ergologia é vista como um “pensamento-ação” e busca rediscutir o trabalho como atividade humana. Assim, consideram que nenhuma atividade pode ser totalmente padronizada e controlada. Sendo assim o trabalhador se transforma, acompanhando as transformações do mundo e reconfigurando o seu trabalho.

A Ergologia é uma corrente de pensamento, uma forma de ver e analisar o trabalho como atividade humana na sua complexidade. Tem sido utilizada para dar uma nova dimensão de análise na gestão de coletivos. Busca considerar a perspectiva da construção histórica dos sujeitos (trabalhadores) e profissões. Discute a identidade dos sujeitos e os "usos de si" na execução do trabalho cotidiano.

Na perspectiva da Ergologia, os processos de trabalho são desenvolvidos por sujeitos críticos que utilizam de seu corpo [os usos de si] no cumprimento de um objetivo, que é de certa forma, prescrito pela sociedade e a instituição que o tem como "recursos" para desempenhar uma função na organização. Porém, na análise dessa atividade laborativa e no desenvolvimento do seu trabalho, não se pode deixar de agregar a subjetividade de quem o realiza.

Para Schwartz e Durrive (2007), se o trabalho se modifica por aquele que não o realiza, então ele é ruim e é uma forma de penalização do próprio exercício da atividade humana. Partem da premissa que todo ser humano – principalmente no trabalho – procura recompor, em parte, o meio de trabalho em função do que ele é e do que desejaria do universo que o circunda. O trabalho, então, seria um tipo de re-criação permanente, mesmo que sejam estimuladas formas padronizadas do trabalho. Sendo assim, consideram que toda situação de atividade de trabalho humano já inclui uma dimensão de transformação. Consideram que a Ergologia constitui-se em um projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho e transformá-las.

Barros e Barros (2007) ao discutir o trabalho em saúde e inspiradas na abordagem ergológica, argumentam que o trabalhador faz um uso de si, na medida em que o trabalho não é somente à pura execução, o que em seu dizer seria “invisível”, pois ele faz escolhas e as consignas prescrições são insuficientes. Insistem na capacidade inventiva do trabalhador resistindo à pura execução. A iniciativa e re-criação do trabalho podem conferir ao trabalhador mais prazer no desenvolvimento do seu trabalho.

Portanto, a Ergologia constitui-se no estudo das atividades humanas, de forma a produzir uma interlocução dos diferentes saberes que sustentam essas atividades e

experiências diversas, visando à construção de estratégias que viabilizem a interlocução entre as experiências dos mundos do trabalho e os saberes das ciências.

A Ergologia tem se constituído em fonte de inspiração para retomar e discutir o trabalho em saúde, pondo em relevo a centralidade da atividade laboral dos trabalhadores de saúde, como um ato repleto de singularidade que agrega valores individuais dos sujeitos que empreendem práticas sanitárias e redesenham a todo instante, novos projetos terapêuticos e formas de agir em saúde.

Nesse sentido, o trabalho em saúde é visto de forma singular, constituído historicamente e seus trabalhadores necessitam de uma re-criação constante das formas de agir, garantindo-lhes autonomia e liberdade em seu processo de trabalho, mesmo que hajam formas padronizadas de organização do trabalho.

1.3.3 Gestão do Trabalho em Saúde: concepção teórica e práticas

O tratamento das questões da gestão de ‘recursos humanos’ tem passado por uma reformulação conceitual que lhe confere uma caracterização concedida, a partir da agregação de um arcabouço teórico das ciências da Administração, Economia Política e Sociologia.

Por essa via, o termo recursos humanos, originário da Ciência da Administração, apresenta-se, hoje, adequando-se às exigências de uma nova forma de entender os que trabalham nas organizações profissionais.

Dessler (2003) define Administração de Recursos Humanos como as práticas e as políticas necessárias para conduzir os aspectos relacionados às pessoas no trabalho de gerenciamento, especificamente à contratação, ao treinamento, a avaliação, à remuneração e ao oferecimento de um ambiente bom e seguro aos funcionários da empresa.

Gil (2001) ao trazer a mesma temática, faz a opção pelo ambiente de “Gestão de Pessoas”, por considerar que os empregados não são meros recursos de uma organização. Nesse caminho, considera que a Gestão de Pessoas é a função regencial que visa à cooperação das pessoas que atuam nas organizações para o alcance dos objetivos, tanto organizacionais quanto individuais. Os argumentos em prol dessa mudança de nomenclatura ressaltam que o termo Administração de Recursos Humanos é muito restrito, pois implica a percepção de pessoas que trabalham numa organização apenas como recursos, ao lado de recursos materiais e financeiros.

Na área da saúde coletiva essa terminologia vem aparecendo de diversas formas. Paim (1994, p.64) define trabalhadores de saúde da seguinte forma:

[...] a compreensão dos Recursos Humanos como força de trabalho na sua dupla dimensão ‘mercadoria’ específica com desvantagem estrutural e ator social capaz de fazer história – além de ‘sujeito-agente’ das práticas de saúde, eticamente comprometido com a vida e com a redução do sofrimento humano, implica a superação da idéia de meros insumos da função de produção. Já não bastam os enfoques da administração, do planejamento normativo, de teoria do capital humano. Seus problemas também não são redutíveis à gestão do trabalho, ao planejamento estratégico, à economia política.

Por vezes a terminologia “recursos humanos” é rejeitada por autores da saúde coletiva, como afirma Cecílio (2007), ao registrar que o termo “recursos humanos” é a tradução da concepção funcionalista: definições rígidas de atribuições, papéis e perfis ideais e que falar em “gestão de pessoas” é uma expressão de tal concepção - gestão de material, gestão de medicamentos, gestão de pessoas.

Por essa mesma via de entendimento, Ceccim (2005), faz um resgate temporal, em que a compreensão dos trabalhadores como *recursos humanos* provém dos estudos científicos em administração, que traz o *elemento humano* como nas organizações como fator de análise e compreensão dos processos produtivos. Desta forma sugerindo, os trabalhadores deveriam sofrer processos de gestão, incorporação e atualização como àqueles utilizados para recursos materiais, financeiros, tecnológicos ou logísticos. Numa iniciativa de separar dialeticamente a tendência administrativa da construtivista, propõe-se um entendimento analítico ao campo do trabalho em saúde, fazendo a opção pela formulação mais construtivista denominada “Coletivos Organizados para Produção”. Essa formulação corrobora com a trazida na obra de Campos (2000).

De acordo com Pierantoni, Varella e França (2004), houve uma evolução conceitual que absorveu o conceito de força de trabalho da Economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho – emprego, produção, renda, assalariamento e configura-se na Gestão do Trabalho – e da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como “ser social” e sociedade.

A concepção de força de trabalho é herdada da Política Econômica que entende por força de trabalho como a disponibilidade de trabalhadores empregados e desempregados para atividade do trabalho (BLANCHARD, 2001).

Na área da saúde a mesma concepção foi introduzida, face às adequações e especificidades do trabalho no setor, que tem no trabalhador de saúde um ator social. Assim, sua gestão está circunscrita às necessidades de planejamento, alocação de recursos e regulação, no sentido de suprir as demandas internas por trabalhadores de saúde em um País, Estado ou Município.

A NOB/RH-SUS define a Gestão do Trabalho no SUS como:

[...] A gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades – meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras. (Brasil, 2005, p.31).

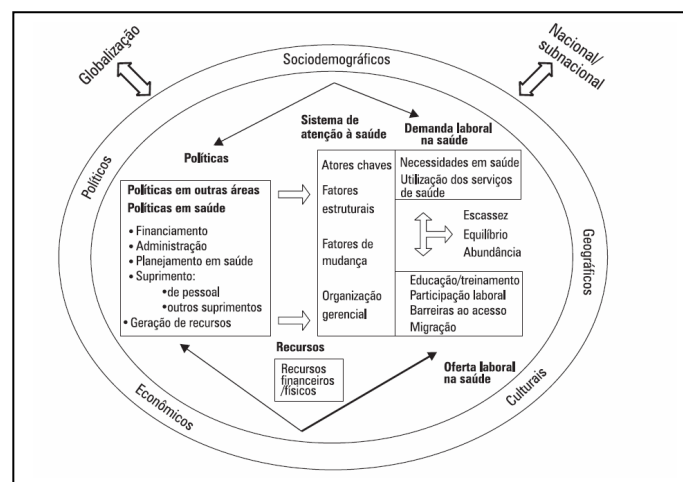
Dussault (2004), traz uma outra abordagem e define como ‘gestão de recursos humanos’, todas as atividades administrativas relacionadas com o exercício cotidiano do trabalho das pessoas em uma organização. Esse enfoque é mais amplo do que o enfoque mais tradicional e, não limita, ao que um departamento de recursos humanos faz (contratação, treinamento, a avaliação, remuneração).

Diferenciando da Gestão de Recursos Humanos, a Gestão do Trabalho incorpora a responsabilidade por parte do Estado à função de regular o trabalho no setor saúde.

Então, a GTS deve ser incorporada na agenda política do Estado brasileiro de maneira ampliada, pois envolve a combinação de estratégias que visam à análise e operacionalização de políticas que direcionem a regulação profissional. No sentido de propiciar uma melhor distribuição, o desenvolvimento de competências e a melhor gerência de pessoal, podendo assim, garantir uma atenção à saúde de melhor qualidade e que atendam às necessidades da população usuária do SUS.

A complexidade das ações que envolvem as políticas de recursos humanos para saúde é retratada no quadro abaixo, apresentado por Pierantoni, Varella e França (2004):

Figura 01 – Recursos Humanos em Saúde: aspectos estruturais



Fonte: Pierantoni, Varella e França (2004) adaptado de Mercer et al (2003)

A Figura 1, entre outros aspectos, busca elucidar algumas variáveis e fatores preponderantes a serem considerados no efetivo entendimento das dimensões da GTS.

Pierantoni (2000) ao abordar as reformas do Estado na década de 1990, atribui ênfase à gestão do trabalho na área da saúde, pois o fenômeno da globalização proporcionou uma flexibilização das relações de trabalho, com diminuição do quadro funcional estatal, uma crescente terceirização e precarização das relações trabalhistas. Esse fato delineou uma configuração que gerou impacto no vínculo dos trabalhadores com o sistema de saúde. Surgiram, então, soluções individualizadas, como as fundações de apoio e a terceirização. A autora destaca a importância das transformações das relações de trabalho focadas na flexibilização, na eficiência e na desregulação. Assiste-se à flexibilização das relações laborais focadas na estabilidade no emprego que favorece a proliferação de formas de vínculo não estáveis com o Estado e formas diferenciadas de remuneração. Diante desses aspectos propõe uma análise da gestão do trabalho, a partir de três dimensões: dimensão gerencial (relacionadas à gerência de sistemas de saúde), dimensão estrutural (vinculadas à formação e a disponibilidade do mercado de trabalho) e dimensão regulatória (concernentes a mecanismos de interação entre o processo de trabalho e a legitimação profissional).

As questões relativas aos trabalhadores de saúde no Brasil vêm sendo discutidas do ponto de vista político desde 1986 com realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde.

A complexidade da conceituação teórica da GTS se transpõe para as práticas cotidianas da gestão em saúde, desdobrando-se em discussões para a criação de uma política aos trabalhadores do setor no Brasil.

Durante a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde, ocorrida em Brasília, Nogueira (1987), ao discutir o contexto da criação do SUS, num momento revestido de notável densidade política com a realização da VI Conferência Nacional de Saúde, anuncia que convém perguntar como se situa a força de trabalho setorial, diante das metas preconizadas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Segundo Nogueira (1987), concernente a força de trabalho em saúde, duas formas de avaliação seriam necessárias: a primeira, de natureza macroeconômica, levando em conta os aspectos de capacidade de geração de emprego e absorção de pessoal recém-formado, dinamismo do setor no conjunto da economia, perspectivas de expansão, entre outros. A segunda seria de natureza política, que consistia na regulação dessa forma de trabalho, ou seja, em julgar se a dimensão, distribuição, composição interna e utilização da forma de trabalho estão consistentes com as linhas e diretrizes da política nacional de saúde.

As interjeições de Nogueira já trazem considerações que se constituem em elementos-chaves para a análise da GTS, pois essa possui relação com o contexto político e econômico mundial, destacando-se às relativas à mudança do modelo de Estado; da reestruturação produtiva; e a incorporação tecnológica.

Segundo Varella e Pierantoni (2008), na década de 1990 houve um movimento migratório de empregos públicos da esfera federal para a municipal, sendo que o setor público se valeu de formas mais flexíveis de contratação. Esse fato deve-se, em grande parte, ao fenômeno de mundialização da economia.

Nesse mesmo sentido, ao introduzir a discussão sobre a valorização do trabalho em saúde no mundo globalizado, Rollo (2007), argumenta que a implementação do SUS apresenta um grande paradoxo, pois apesar de ter início nos anos 1990, ainda não apareceu de modo efetivo e significativo, em sua agenda, o direito dos trabalhadores da saúde de territórios saudáveis, nos quais se constituem como sujeitos construtores, reconheçam-se e sejam reconhecidos como pertencentes e membros ativos em todo o processo de produção de saúde e, como humanos, têm fragilidades e, limites e podem adoecer. Sobre essa questão, Rollo (2007) circunscreve:

[...] O trabalho na saúde não está fora e descontextualizado do resto do mundo; o desenvolvimento dos processos produtivos, no atual estágio do capitalismo global, mediante a automação / robótica, informática, telecomunicações, hipermídia, “com necessidade cada vez menor” do trabalho humano, vem gerando desemprego e a conseqüente desvalorização do trabalho. O trabalhador e o trabalho vão perdendo seu “valor de uso”, podendo ser tratados como algo desprezível / descartável.

Bourguignon e colaboradoras (2003) apontam o financiamento e a política de recursos humanos como pontos críticos na implantação dos sistemas de saúde. Para as autoras, as formas de enfrentamento desses desafios têm produzido poucos impactos, resultando em ineficiência, ineficácia, desigualdade, perda da solidariedade e da cidadania na relação entre os profissionais de saúde e desses com os usuários. Ainda, segundo os autores, a crise econômica nas décadas de 1980 e 1990 gerou um aumento dos índices inflacionários, desemprego, achatamento salarial, estancamento e deteriorização dos serviços, acarretando um novo cenário para a área de recursos humanos.

Em 1994, com a criação do Programa de Saúde da família (PSF), acentua-se, no SUS, a necessidade de contratação de pessoal para ampliar os serviços de saúde. Nesse momento, apesar de haver uma orientação delineada pelo Ministério da Saúde, definindo parâmetros de inserção e vinculação dos trabalhadores ao sistema de saúde, isso não se concretiza na prática.

Os gestores dos municípios imbuídos de uma demanda social para a organização de uma rede de atenção, definidas pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Assistenciais de Saúde (NOAS), buscam possibilidades isoladas para o enfrentamento do dilema da GTS. A reorganização do modelo de atenção voltado para a Estratégia de Saúde da Família coloca o Estado frente a uma necessidade de articulação, entre os formuladores de políticas, uma solução para suprir a demanda do programa.

Canesqui (2008) ao abordar a implementação do PSF em municípios do Estado do Mato Grosso, destaca a capacitação dos agentes implementadores como fundamental à introdução das inovações, vinculação com a clientela, o trabalho em equipe e o acompanhamento das famílias.

Em relação à afirmativa da autora, acrescenta-se que, esse vínculo encontra-se fragilizado, em parte, pela rotatividade dos profissionais nas equipes e às dificuldades de fixar os profissionais, principalmente nos pequenos municípios, aliadas a instrumentos normativos que busquem a valorização do trabalhador do SUS.

Ao fazer um resgate histórico, observa-se que já em 1998, elaborou-se uma primeira versão preliminar do documento “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”, que foi divulgada pelo CNS em novembro do mesmo ano, após ser colocada em discussão entre vários especialistas convidados pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003).

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde cumpriu o seu papel, com base nas análises até então realizadas sobre a temática e detalhou, ainda que de forma embrionária, uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária no tocante à política de desenvolvimento de recursos humanos para o setor da saúde.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos (1993) traz uma contribuição importante sobre esta área, ao realizar um diagnóstico sobre os problemas existentes e ao apresentar propostas essenciais a um novo reordenamento na organização e na produção das ações de capacitação, como: criação de estruturas de desenvolvimento de RH nas secretarias de saúde, criação e sistematização de programas educativos de forma descentralizada e institucional e a destinação de um percentual (mínimo de 10%) dos recursos do SUS para a preparação de RH.

A 12.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, reiterou aos gestores das três esferas de governo, a imediata adoção da Política Nacional para a Gestão do Trabalho no SUS como instrumento efetivo para a consolidação do sistema, o que certamente traria a valorização do trabalhador e contribuiria de maneira efetiva para a criação de vínculo entre o trabalhador e os serviços de saúde pública (BRASIL, 2004).

No entanto, na realidade observa-se ainda, relações de trabalho precarizadas e uma incipiência de uma política de GTS, na maioria dos municípios brasileiros.

Já com outra denominação, mas com os mesmos propósitos de reformular novas diretrizes para a política para trabalhadores do SUS, a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde foi realizada em 2006, buscou estabelecer diretrizes para a implementação de uma política nacional, dando seguimento à aprovação dos Princípios e Diretrizes e da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, criada pelo Decreto n.º 4.726, de 9/6/2003, responde pela gestão federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da Saúde.

Com o objetivo de discutir os desafios contemporâneos que se apresentam no campo da gestão de recursos humanos em saúde no Brasil, em especial, às mudanças ocorridas nessa política setorial, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Pierantoni e colaboradores (2008), apresentam os achados de uma pesquisa sobre a capacidade gestora de RH em Secretarias estaduais e municipais de saúde de grandes centros urbanos e a capilaridade das políticas setoriais de gestão do trabalho e educação na saúde. Os resultados da pesquisa apontam que, os órgãos de recursos humanos das SES e SMS, em especial das capitais, vêm colocando em prática instrumentos da agenda política de gestão do trabalho e da educação em saúde, ainda que ocorram variações expressivas na amplitude e na extensão dessa implementação. Porém, foi observada uma variação dos resultados, com índices de adesão mais significativos para as ações prioritárias da regulação do trabalho em relação aos programas estratégicos de educação.

Ao discutir o mercado de trabalho no setor saúde, Varella e Pierantoni (2008), acrescentam que, há indicativos de mudanças no cenário da GTS, seja a partir da reorientação política da SGTES/MS, em 2003 no sentido de avançar na desprecarização do trabalho no SUS, seja pelo papel do Ministério Público, que vem pressionando os estados e municípios a cumprirem o princípio constitucional de ingresso no serviço público através de concurso público. Destacam, ainda que, a informalidade aplicada, em especial, no PSF, na segunda metade da década de 1990 e no setor público, foi acima de tudo um engendramento para burlar as normas jurídicas e o ao mesmo tempo atender às demandas expansionistas do sistema.

Koster (2008), ao realizar um estudo sobre a GTS e o contexto da flexibilização no SUS, toma como objeto de análise os direcionamentos oriundos das negociações dos atores

envolvidos no processo de discussão nacional relativas à desprecarização do trabalho (Bancada dos Trabalhadores – Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS MNNP-SUS; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde–CONASEMS; Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e Ministério da Saúde). Destaca que, dentro da realidade ofertada no SUS quanto aos salários, à defasagem fez com que os trabalhadores buscassem a alternativa de múltiplos empregos, tornando também interesse destes as formas de vinculação mais flexíveis, tanto numérica, quanto funcional. Somado a isso, a ausência ou pouca quantidade de concursos públicos forneceram à flexibilização um caráter positivo quanto à possibilidade de ingresso no serviço público. Estas outras formas de vinculação possibilitaram maior inserção, com remuneração superior.

Em contrapartida, nem sempre significaram vínculos de trabalho com proteção social. Dentre todos os aspectos negativos referentes à flexibilização, como a diversidade acentuada de formas contratuais, a perda da memória institucional, conflitos internos entre os trabalhadores de vínculos diferentes em uma mesma instituição e o enfraquecimento das cooperações, o principal e mais grave refere-se à precarização do trabalho (KOSTER, 2008).

O momento atual do SUS demonstra uma necessidade de (re)consideração das relações de trabalho que vem se construindo nos últimos anos. Apesar de haver uma direção no sentido de procurar uma forma de vincular o trabalhador ao sistema de saúde, esse fato parece não se concretizar no cotidiano da prática de gestão. A falta de vinculação do trabalhador ao sistema, diante das impossibilidades e inseguranças que circundam as formas de contratação, tem, em parte, desmotivado a permanência do trabalhador em um mesmo sistema municipal de saúde, podendo inclusive se refletir em má assistência e falta de compromisso com o serviço. Essa motivação muitas vezes pode ser causada por condições de trabalho insatisfatórias.

Tomasi e colaboradores (2008), ao realizarem um estudo no intuito de descrever o perfil das equipes de saúde da atenção básica (tradicionais e PSF), em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, de dois estados do Sul e cinco do Nordeste do Brasil, encontram, entre outros achados, que menos da metade dos trabalhadores ingressou por concurso público e um terço ou mais possuía vínculo precário e os resultados revelaram que o trabalho precário foi ampliado a partir da expansão do PSF, de forma mais acentuada no Nordeste, onde a estratégia foi adotada mais precocemente e de maneira mais intensa. Ainda assim, aproximadamente dois terços dos profissionais estão satisfeitos com o vínculo de trabalho, concluindo que são necessários esforços no âmbito da gestão para apoiar esses trabalhadores,

que são à base do sistema de saúde e protagonistas do seu desenvolvimento e da consolidação da atenção básica.

Nascimento Sobrinho e colaboradores (2006), ao realizarem estudo sobre as condições de trabalho dos médicos, por meio de um estudo de corte transversal em Salvador-BA, constataram a ocorrência de elevada sobrecarga de trabalho, trabalho em regime de plantão, múltiplas inserções profissionais, baixa remuneração por hora trabalhada e contratação precária sob a forma de remuneração por procedimento.

Rocha e Araújo (2009), investigando as condições de trabalho dos dentistas nas equipes de saúde bucal (ESBs) inseridas no PSF, encontram como resultados da pesquisa, que vários aspectos são identificados como limitação ao trabalho desses trabalhadores: estrutura física inadequada, disponibilidade de equipamento, instrumental e material inadequados à realização das ações previstas, ausência de articulação da referência e contra-referência para que as necessidades de maior complexidade sejam atendidas, bem como a baixa capacitação dos profissionais para o trabalho em equipe.

Diante da necessidade de enfrentamento ao implementar uma política, é necessário considerar a capacidade dos gestores de articular; identificar e priorizar problemas; definir objetivos; identificar estratégias de intervenção; criando um padrão para avaliação; sensibilizar os interessados, pondo os problemas de recursos humanos na agenda política e contribuir para a construção do consenso, conforme aponta Dussault (2004). Essas habilidades também devem considerar a necessidade de se criar espaços permanentes de negociação em que coloque a participação do trabalhador da saúde como sujeito constituído de saber técnico e ativo no processo de construção do sistema público de saúde brasileiro.

Em contrapartida, instituir espaços de negociação requer o envolvimento dos sujeitos no processo de construção e legitimação da participação cidadã, com a descentralização do poder decisório e incorporação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira.

Fazendo referência à configuração institucional e gestão do SUS, Paim e Teixeira (2007), entre outros problemas, destacam a fragmentação do processo de gestão e o marcado amadorismo conseqüente à insuficiência de quadros profissionalizados, reprodução de práticas clientelistas e corporativas na indicação dos cargos de direção em todos os níveis. Esses autores reafirmam a necessidade de publicizar o SUS sem privatizá-lo, assegurando uma autonomia relativa ao Estado, aos governos e aos partidos políticos, a partir da concepção de Estado ampliado. Nessa prerrogativa, considera a proposta de criação de Fundações Estatais de Direito Privado que podem vir a ser uma alternativa defensável contra a proliferação de privatizações, terceirizações, organizações social e outras formas de

delegação de responsabilidade sobre a gestão de programas, serviços e recursos do SUS. Fato preocupante, que precisa de uma maior discussão para não se perder os rumos do SUS.

A participação dos trabalhadores na construção de uma agenda para efetivação de uma política de GTS teve um momento de grande relevância na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, cujos temas mais discutidos foram os de financiamento e GTS (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, destacaram-se, a movimentação para aprovação do substitutivo do Projeto de Lei Parlamentar 01/2003 que regulamenta os recursos para saúde (a Emenda Constitucional 29), a prorrogação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira-CPMF e os debates sobre a proposta do Ministério da Saúde de Fundações Estatais de direito privado para o setor saúde. Conferindo assim, um caráter de grande mobilização de gestores, trabalhadores, parlamentares e sociedade civil organizada em torno do enfrentamento desses nós críticos do sistema.

A efetiva vinculação do trabalhador ao SUS indica a necessidade de que esse faça parte de uma construção coletiva como sujeito ativo e co-responsável pela gestão do sistema. A precarização das relações de trabalho, a incipiência de um plano de cargos e salários e o distanciamento de uma prática de Educação Permanente para o SUS, abre caminhos para os desinteresses e descompromissos dos trabalhadores com o sistema.

1.3.4 Trabalho e Educação na Saúde: o desafio de mudar a prática

A sustentação teórica que pavimenta as discussões sobre a relação Trabalho-Educação, está circunscrita pela complexidade delineada pela vasta imprecisão teórica da articulação entre as categorias ‘Trabalho’ e ‘Educação’.

Frigotto (2004), ao discutir a construção teórica em torno da relação, Trabalho, Conhecimento, Consciência e a Educação do Trabalhador, sinaliza, que, especialmente em nível do sistema educacional e de instituições de formação profissional, que há uma “crise de aprofundamento teórico”. Essa ‘crise de aprofundamento teórico’ aponta no sentido da interiorização da concepção burguesa de trabalho, de educação, de formação ou fabricação do trabalhador. Nessa perspectiva, valores e concepções da sociedade das mercadorias põem-se como limites a essa análise.

Por esta óptica, segundo o autor, a ‘concepção burguesa de trabalho’ que iguala o trabalho a uma ocupação, emprego, função, tarefa, dentro de um mercado (de trabalho), opõe-se a compreensão do trabalho como relação social que define o modo humano de existência, e

que enquanto tal não se reduz à atividade de produção material para responder à produção e reprodução físico-biológica, pois envolvem as dimensões sociais, estéticas, culturais, artísticas, de lazer, o que se denominaria o mundo da liberdade.

A investida de Frigotto indica um caminho de extrema complexidade que é discutir a relação Trabalho-Educação numa sociedade capitalista à luz de uma construção social e histórica, o que necessitaria transcender a visão do trabalho como coisa, como objeto. Portanto, sinaliza a necessidade de dissolução do caráter de mercadoria da força de trabalho e o conjunto de relações sociais no interior do capitalismo e, conseqüentemente, na abolição das fronteiras entre trabalho manual e intelectual. Essa superação intelectual-trabalhador, intelectual-massa, se colocaria como condição para instaurar um processo efetivo de conhecimento crítico e de conscientização.

Essa via de interpretação visa alargar a discussão sobre a necessidade de formação do trabalhador que não seja pela via do mercado e sinalizaria outro horizonte teórico, que permitisse resgatar a visão de que o conhecimento, a superação do senso comum e a formação da consciência crítica se dão na e pela práxis (FRIGOTTO, 2004).

Minayo-Gomez (2004), ao referir-se a discussão sobre processo de trabalho e processo de conhecimento, salienta que a única via de ultrapassar as diversas manifestações de alienação será a transformação radical da sociedade e essa mudança se dará no momento em que se criem as condições favoráveis para que o conjunto de trabalhadores assuma a direção da produção. Sendo assim, isso estaria articulado à construção de novos sujeitos coletivos, novas organizações, que articulem e expressem os interesses diferentes e opostos no modo de produção e apropriação dos bens e serviços.

Sem a pretensão de rediscutir os valores da sociedade na contemporaneidade (que não é objeto de discussão do presente trabalho), precisa-se destacar a necessidade de discutir o processo de produção de 'valores de uso' voltado para uma nova práxis da classe trabalhadora que represente ganho social e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Para tanto, essa mesma classe trabalhadora precisaria de uma consciência crítica e uma interpretação cotidiana de sua importância na sociedade. Assim, essa interpretação depende dos diversos interesses e confrontos que estão na pauta de discussão sobre o valor do trabalho. Nesse caminho, uma nova prática, precisa se alicerçar em reflexão crítica e articular-se às novas descobertas, mediadas pela produção de novos conhecimentos.

A leitura dos autores nos instiga ao debate sobre a necessidade de se instaurar processos educativos que desenvolvam o conhecimento e a formação de uma consciência

crítica que gere transformações nas práticas e, sublinearmente, transformem a realidade social.

Uma formação pautada na legitimação da participação do indivíduo na sociedade, bem como processos educativos que aproximem o indivíduo do cotidiano do seu trabalho poderiam propiciar a reflexão sobre as suas próprias práticas.

A educação discutida por Freire (2004) representaria uma maneira de intervir no cotidiano e, como isso, constituindo-se numa forma de habilitar o homem a intervir na realidade.

Nessa prerrogativa, Freire (2007), discute que a educação libertadora não apenas supõe co-participação e reciprocidade, mas, acima de tudo, constitui-se um processo significativo que é compartilhado por sujeitos iguais entre si numa relação também de igualdade.

A investida de Freire (2007), ao tratar a temática Política e Educação, trazendo uma reflexão política-pedagógica, resgata a historicidade do conhecimento e do significado de reconhecê-lo como produção social, que resulta da ação e da reflexão, da curiosidade em constante movimento de procura. Por esta ordem, rediscute-se o ser humano, enquanto histórico, um ser finito, inconcluso, por isso um ser ininterruptamente em busca, naturalmente em processo. Sobre essa questão, analisa que, historicamente o ser humano foi se conformando, não apenas um ser finito, inconcluso, inserido num permanente movimento de busca, mas um ser consciente de sua finitude (FREIRE 2007).

Para o autor, 'a educação é permanente' na razão que aprender e ensinar fazem parte da existência humana, histórica e social, como dela fazem parte a criação, a invenção, a linguagem, o amor, o ódio, o espanto, o medo, o desejo, a atração pelo risco, a fé, a dúvida, a curiosidade, a magia, a arte, a ciência e a tecnologia.

Portanto, o ser humano, é um ser programado para aprender, um ser inacabado e busca incessantemente recriar o mundo em que vive, mesmo que reconheça os seus limites, necessitando assim de processos educativos permanentes que lhes assegurem reconstrução histórica, inovação e descoberta.

Esses processos educativos necessitam de conteúdos, objetivos, métodos, instrumentos tecnológicos, não apenas podem, mas devem variar de espaço e tempo (FREIRE, 2007).

A formação de Sujeitos capacitados ao enfrentamento cotidiano do trabalho, bem como processos de educação permanente para os trabalhadores da saúde, vem sendo discutidas na área de saúde e sinaliza no sentido da busca de um encontro com as concepções

teóricas da educação (CAMPOS, 1999a; CECCIM & FEUERWEKER, 2004; RAMOS, 2005; CECCIM, 2005a; CECCIM, 2005b; FRANCO, 2007).

A educação permanente, vista por Freire como uma necessidade cotidiana de busca do ser humano por inovação, criação e descoberta encontram um momento de grande preocupação na agenda da saúde coletiva, pois, via de regra, torna-se um elemento estruturante da redefinição das práticas profissionais e, a grosso modo, a mudança do modelo de atenção á saúde e da organização dos processos de trabalho em saúde.

A EPS constitui uma estratégia para a qualificação do trabalho em saúde e construção coletiva de novos modos de agir. Está assim definida:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004b).

Entretanto, a condução dos processos de EPS, pensada de forma a criar um constante ambiente de reflexão sobre as práticas, individuais e coletivas, deve respeitar a singularidade e subjetividade das atitudes de cada indivíduo. Todos fazem uso de uma série de vivências e experiências para os enfrentamentos dos problemas cotidianos do trabalho.

A EPS se consolida nos espaços coletivos de discussão para análise da GTS, seu processo de produção e os resultados obtidos. Nesse sentido, os processos educativos baseados na EPS, enquanto práticas institucionalizadas nos serviços de saúde devem priorizar os problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde, utilizando metodologias centradas na resolução de problemas para serem realizados de forma multiprofissional e buscarem a transformação das práticas, gerando compromissos entre trabalhadores, dirigentes e usuários.

Os trabalhadores em saúde necessitam desenvolver habilidades para o enfrentamento dos problemas e demandas sociais na condução dos processos de trabalho. No cenário de produção de bens ou serviços de interesses sociais cabe o incremento de novas ferramentas, no sentido de enfrentar as subjetividades do cotidiano do trabalho em saúde.

Ceccim (2005b) afirma que a EPS constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, havendo necessidade, no entanto, de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor.

Cecílio (2007) ao fazer referência ao conceito de “trabalhador moral” se distancia de uma visão funcionalista que atribui aos trabalhadores à denominação de Recursos Humanos. Para tanto, o autor toma como ponto de partida, a necessidade de discussão e de mudança na forma de fazer a gestão e de organizar o cuidado em saúde, que devem ser construídos a partir da capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho, antes de propor, aprioristicamente, conceitos e/ou modos muito prescritivos de fazer a gestão. Assim, argumenta que o trabalhador de saúde que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia de quem cuida.

Para Pinheiro e colaboradores (2005), a definição de necessidades não deve ser desconsiderada pela ênfase dada ao caráter social da doença e sua hipervalorização na formulação e gestão das políticas públicas de saúde. Assim, tal reconhecimento exige mudanças na formação e na GTS.

Abordando a produção do cuidado e a produção pedagógica, Franco (2007), possibilita a reflexão de que o trabalho, o ensino e aprendizagem se misturam nos cenários de produção em saúde, sendo que as linhas de produção do cuidado e pedagógica vão desde a atividade de pesquisa na área, a instituição de conceitos inovadores e práticas educacionais variadas, até sua base coletiva ou individual de operadores das práticas cuidadoras. Assim a idéia seria, educar com o objetivo de produzir sujeitos capazes de protagonizar mudanças nos serviços de saúde.

Sendo assim, a EPS, apresenta-se como um dispositivo norteador de novas práticas sanitárias, dando-lhe uma conotação de elemento estruturante para reflexão crítica, incorporação de novas tecnologias, propiciando mudanças no nível organizacional, nas relações entre os sujeitos e na compreensão das subjetividades e complexidade do cotidiano das práticas em saúde. A EPS deve, também, se refletir em novas práticas de gestão, mais centradas na co-responsabilidade e no compartilhamento de saberes e práticas.

Mesmo assim os processos de EPS encontram-se, ainda, bastante desarticulados com os dos de gestão do trabalho na maioria dos estados e municípios, já referidos no estudo de Pierantoni e colaboradores (2008). Todavia, existem iniciativas para descentralizar as ações de EPS, como a criação da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), tratando-se de programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente.

No estado da Bahia, a Secretaria Estadual de Saúde tem constituído fóruns de discussão sobre a descentralização dos processos de educação permanente articulados com a gestão do trabalho e, segundo Ramos (2009) e colaboradores, a Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) da SESAB desencadeou o processo de formulação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde (PGTES), envolvendo, diretamente, os dirigentes e equipe técnica dos diversos setores da SESAB, as instâncias representativas dos diversos atores da política de saúde estadual, notadamente os municípios, por meio do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e representantes das Universidades. Este processo contemplou a revisão e discussão do marco jurídico-normativo que orienta e respalda a ação da SESAB nesta área, bem como implicou no aprofundamento do debate em torno dos princípios e diretrizes a serem adotados como referenciais para o ordenamento, formação, qualificação, regulação, gestão e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS-BA.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

1.4 Trajetória Metodológica

1.4.1 Natureza e tipo do estudo

A pesquisa científica constitui-se num dispositivo fundamental para a busca de novos conhecimentos e elucidação de fenômenos e acontecimentos, no sentido de contribuir para o melhor entendimento da realidade. As informações contidas nos dados coletados sistematicamente podem contribuir para o aprofundamento teórico, bem como o desenvolvimento de metodologias que estabeleçam padrões de investigação e melhores caminhos para uma compreensão mais aproximada do mundo real.

Para o entendimento dos fenômenos sociais, por esta ordem, são necessárias formas de análise que aproxime o pesquisador do campo da pesquisa, considerando seus diversos aspectos objetivos e subjetivos, bem como requer um entendimento profundo do aporte teórico que guiará a investigação.

Para o presente estudo, optou-se pela metodologia qualitativa, uma vez que, se trata de uma investigação sobre fenômenos sociais, acontecimentos, fatos históricos e políticos, que caracterizam o objeto da investigação.

Essa investigação buscou estabelecer entrecruzamento entre as dimensões descritivas e analíticas. Para tanto, busca-se apreender o processo de GT e EPS, em um Município do Estado da Bahia, partindo da leitura dos trabalhadores e dos gestores que portam experiências relacionadas à prática e processos políticos na gestão municipal.

Optou-se, de acordo com Mendes-Gonçalves (1994) e Merhy (1997), pelo contraste entre aspectos objetivos e subjetivos evidenciados nas representações de seus agentes (gestores e trabalhadores) e como são retratados nos dados empíricos obtidos por meio de entrevistas e documentos.

Para se aproximar do objeto de estudo, adota-se uma perspectiva histórico social, que possibilita conhecer os processos históricos que configuram os distintos padrões de relação entre Estado e sociedade, bem como as características dessa configuração no encaminhamento das propostas de mudança do setor saúde (TEIXEIRA, 1995).

Contudo, a opção metodológica não pretende diminuir, em importância, as outras correntes filosóficas, até porque, como afirma Triviños (1987, p. 118) “a qualidade do objeto não é passiva. As coisas podem realizar a passagem do quantitativo ao qualitativo, e vice-versa”, na busca de apreender o objeto de estudo e suas relações com o contexto dinâmico que o contorna, pois, como escreve Assis (1998b, p. 64),

[...] o sujeito e o objeto do conhecimento são constituídos reciprocamente, como parte e todo, singular e universal, passado e presente, teoria e prática, superando o positivismo e o empirismo, ao explicar e interpretar que o mundo social necessita ser valorizado para além dos limites da funcionalidade objetiva. As explicações são apreendidas na coerência, lógica e racionalidade dos fenômenos da natureza e da sociedade – enquanto constituição e conformação social da prática dos homens – e do pensamento, no desenvolvimento da humanidade.

1.4.2 Campo empírico do estudo

O cenário municipal escolhido para análise localiza-se na Mesorregião Centro-Sul baiana, tem uma população estimada, para 2009 de cerca de 300.000 habitantes, encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal, possuindo uma rede de serviços que conta com uma cobertura de 52% de PSF, contando também com serviços de média e alta complexidade. A Secretaria Municipal de Saúde conta alguns dos dispositivos indutores de mudanças nos processos de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, mantendo uma Escola de Formação em Saúde da Família e desenvolvendo parcerias com instituições de ensino superior (IES) na implementação do Programa de Educação pelo do Trabalho para Saúde (PET-Saúde). Sua escolha foi feita de forma intencional, pois atende aos critérios da pesquisa proposta a qual esse recorte faz parte.

1.4.3 Sujeitos do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, cujo critério numérico não foi o responsável para estabelecer a quantidade de participantes no estudo, mas, como sugere Minayo (1999), é o aprofundamento e abrangência da compreensão dos vários setores sociais (grupo, organização, política ou representação), e não as generalizações, que darão conta de contemplar os discursos dos sujeitos pesquisados.

Desta forma, o quantitativo de sujeitos da pesquisa foi definido pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações e das observações que trouxeram contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão. Nesse sentido, Thiollent (2000) assinala que a representatividade dos grupos se expressa a partir da relevância política e das idéias que permeiam um dado momento histórico-social, e esta representação se constitui pelo encontro das ordens cognitiva, sociológica e política, com possibilidade de retomada das distorções no decorrer do processo de investigação.

Ainda, assim, o ponto de partida para a seleção foi à rede de saúde do município. O critério de inclusão/seleção dos sujeitos foi que eles estivessem atuando no Sistema de Saúde

do Município há pelo menos um ano. Para compor os sujeitos estudados, utilizou-se de três grupos de representação selecionados, intencionalmente, justificados pelos critérios a seguir:

Grupo I: dirigentes que atuam na definição das políticas de gestão do trabalho no SUS municipal. Este grupo foi constituído por: secretário municipal de saúde, coordenadores da Atenção Básica, coordenador de Educação Permanente em Saúde, supervisores da Estratégia de Saúde da Família, entre outros. Inicialmente, escolhidos de forma intencional. Foram selecionados àqueles gestores que estavam diretamente envolvidos na formulação das políticas de saúde do município.

Grupo II: trabalhadores de saúde, envolvendo as diferentes categorias profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros). Nesse caso, as categorias profissionais em seus diversos postos de trabalho que compuseram o estudo, foram os que estão lotados na Estratégia de Saúde da Família, sendo: enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas e auxiliares. Foram selecionados àqueles que tinham no mínimo um ano trabalhando no PSF e preferencialmente àqueles que portavam maior experiência no SUS local.

Grupo III: informantes-chave, que foram incorporados à pesquisa por terem sido identificados no processo de construção do estudo, escolhidos de forma intencional ou, às vezes, emergindo no transcorrer da investigação. São ex-gestores ou sujeitos que participaram ou participam do processo de discussão das Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde no Município. Foram selecionados àqueles que já haviam feito parte da gestão municipal ou participavam ativamente dos processos de discussão no SUS municipal, em relação ao objeto de análise.

A análise de Minayo (1999) conflui para a assertiva acima, considerando que, no decorrer da investigação, muitos sujeitos serão descobertos e isto é, particularmente, importante para contemplar as várias perspectivas e pontos de vista, numa pesquisa que se proponha dialética. A seguir, representamos os diferentes sujeitos entrevistados no estudo no **Quadro 1.**

Quadro 1. Grupo de representantes participantes do estudo

| GRUPO | REPRESENTAÇÃO | Nº de sujeitos |
|--------------------------|--|-----------------------|
| I – Trabalhadores | Cirurgião-Dentista do PSF | 05 |
| | Auxiliar de enfermagem do PSF | |
| | Enfermeira do PSF | |
| | Auxiliar de saúde bucal do PSF | |
| | Médico do PSF | |
| II – Dirigentes | Subsecretário municipal de saúde | 04 |
| | Coordenadora do controle social da SMS | |
| | Coordenação da Atenção Básica (supervisora) | |
| | Coordenadora do Pólo de Educação Permanente | |
| III–Informantes-chave | Ex-gestora e atualmente gestora na atenção especializada | 05 |
| | Enfermeira; ex-gestora e funcionária da SMS desde 1998 | |
| | Ex-coordenador do Pólo de Educação Permanente | |
| | Delegado sindical | |
| | Ex-coordenador de RH da SMS | |
| Total de Sujeitos | | 14 |

Dos sujeitos selecionados para entrevista, apenas um dos informantes-chave pediu para não ser entrevistado e entre os trabalhadores e gestores esse fato não ocorreu. Quatro pesquisadores foram responsáveis pela coleta de dados e tiveram a preocupação de selecionar os sujeitos de forma a minimizarem o potencial viés de já terem feito parte do sistema municipal de saúde local, pois como afirma Minayo (1999), o sujeito-pesquisador e os sujeitos-pesquisados interferem dinamicamente, na apreensão da realidade e a pesquisa de campo se revela pelas relações que vão se estabelecendo no decorrer do processo de investigação.

Por esta ordem, as escolhas buscaram identificar, de forma adequada, os personagens e os cenários de investigação, valorizando o caráter histórico-social, bem como os entrevistadores mais aptos e indicados para cada grupo de entrevistados.

A presente investigação propõe-se a confrontar esses grupos, pois, como bem resume Demo (1995), na história, os sujeitos dialogam num terreno de conflitos, no qual o entendimento e desentendimento são partes integrantes da totalidade comunicativa. Nesse sentido, só há diálogo autêntico entre falas contrárias e, é nesse espaço, que a história se processa e se transforma, a partir da dialética dos interesses diversos e contraditórios.

1.4.4 Técnicas de coleta de dados

Os dados foram apreendidos através das técnicas de entrevista semi-estruturada (Apêndice A) e análise documental.

A entrevista semi-estruturada, entre as diferentes técnicas de entrevista, “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Para tanto, elaborou-se questões que nortearam as entrevistas (Apêndice A) e que foram baseadas nos objetivos e pressuposto teórico do estudo. Os roteiros das entrevistas tiveram o propósito de orientar os relatos dos entrevistados e, desta forma, permitir que o recorte temático da pesquisa fosse contemplado, à luz das representações dos diferentes sujeitos que compõem os cenários da investigação.

As entrevistas foram gravadas em gravadores digitais, após autorização dos depoentes, e realizadas em locais agendados, previamente. Durante as entrevistas, não foram realizadas interferências valorativas sobre o que estará sendo expresso, no entanto, sempre que alguma estrutura relevante emergiu na fala, eram feitas anotações para questionamentos posteriores para um melhor esclarecimento ou incorporar novos questionamentos, mas dentro das balizas do objeto a ser investigado.

Foi, também, utilizada a análise documental com a pretensão de identificar em um primeiro momento os documentos que tratam das políticas de gestão do trabalho e educação permanente no SUS local e estabelecer conexões entre um enunciado teórico/operacional e o que é realizado na prática. Os documentos foram escolhidos intencionalmente, para possibilitar a compreensão de diversos aspectos relacionados com objeto de estudo.

Nesse sentido, os documentos oficiais do município que compuseram a análise foram: Documento 1: Plano Municipal de Saúde 2006-2009; Documento 2: Relatório de Gestão 2008; Documento 3: Plano de Carreiras Cargos e Salários da Prefeitura Municipal; Documento 4: Estatuto dos Servidores da Associação de Apoio do município.

O Quadro 1 sistematiza as técnicas de coleta de dados relacionados aos objetivos da investigação.

Quadro 2. Objetivos do estudo e instrumentos e técnicas de coleta de dados

| OBJETIVOS | INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS |
|---|---|
| 1. Analisar o processo de vinculação do trabalhador ao SUS em relação às relações trabalhistas; as condições de trabalho e sua participação na construção de uma proposta de gestão do trabalho no SUS local. | - Entrevista semi-estruturada - Análise documental |
| 2. Analisar a EPS como estratégia de valorização e desenvolvimento dos trabalhadores que integram o SUS local. | - Entrevista semi-estruturada |

1.4.5 Caminho metodológico do estudo

1.4.5.1 Etapa exploratória

A primeira etapa do trabalho de campo foi representada pela etapa exploratória, na qual foram realizados os primeiros contatos com a Secretaria Municipal de saúde, no sentido de melhor conhecer e se aproximar do campo empírico do estudo, sendo realizada em janeiro de 2009.

O projeto de investigação foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde, em forma de minuta, para apreciação e aprovação para posteriormente ser enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana.

A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde determina as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. Em obediência a esta resolução, a pesquisa tomou precauções para que todos os direitos dos sujeitos da pesquisa fossem respeitados. Para isso foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) adequado à compreensão dos diferentes sujeitos da pesquisa.

Esta pesquisa buscou como benefícios ao Município, proporcionar reflexões críticas sobre a Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde e induzir o debate sobre as políticas de recursos humanos no nível municipal.

Os possíveis riscos estavam relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores e dirigentes do SUS de estarem sendo fiscalizados ou auditados. No entanto, os sujeitos puderam, a qualquer

momento, desistir de participarem da pesquisa, sendo assegurado o anonimato das informações, buscando respeitar a integridade moral, intelectual, social e cultural dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

A pesquisa foi desenvolvida em parceria com uma universidade pública do município, que disponibilizou três professores; uma técnica de nível superior; além de estrutura física para reuniões, processamento e análise dos dados.

1.4.5.2 Coleta de dados

A coleta de dados teve início em maio de 2009, após o estabelecimento dos primeiros contatos com os sujeitos da pesquisa e o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde e término em outubro do mesmo ano.

Após a realização de todas as entrevistas, o material que emergiu da fala dos sujeitos foi, num primeiro momento, armazenado em mídias de CD e posteriormente transcrito por um único pesquisador, para que se conseguisse uma melhor uniformização, bem como uma maior garantia na alimentação do banco de dados.

1.4.5.3 Análise dos dados

O tratamento do material empírico foi orientado pela análise de conteúdo temática das entrevistas e dos documentos com base em Minayo (1999), procurando estabelecer conexões entre os resultados da análise das entrevistas e a análise documental.

Enfatiza Minayo (1999) que entre as possibilidades de categorização no campo da saúde a mais utilizada é a análise de conteúdo temática, consistindo em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o tema pesquisado, para permitir comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira.

A unidade temática consiste em descobrir núcleos de sentido, que conformam à comunicação advinda do material empírico, recortada pelo sentido do texto e não da forma, dando significado às dimensões analíticas propostas para o estudo.

A análise de conteúdo foi feita através das três etapas básicas estabelecidas por Minayo (1999) e retraduzidas por Assis e Jorge (2007): ordenação, classificação e análise final dos dados.

No primeiro momento da ordenação foi feita a organização do material, uma leitura inicial do conteúdo para se ter as primeiras orientações e impressões em relação às mensagens

representadas nas entrevistas. O segundo momento foi constituído pelo conjunto de dados empíricos que foram submetidos aos procedimentos analíticos, orientados pelas seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A etapa de classificação dos dados permitiu a construção dos dados empíricos que tomou como base a teoria que sustenta a pesquisa e o pressuposto teórico eleito, desenvolvida em três momentos:

Etapa I: leitura exaustiva e flutuante dos textos contidos nas entrevistas e documentos, recortando e realizando uma síntese geral, também denominada de síntese vertical, de cada unidade de análise (uma a uma). Possibilitou-se a visualização das idéias centrais sobre o tema em foco, representado em núcleos de sentido (o que dá sentido as representações das falas ou outras formas de expressão identificadas nos documentos, relacionadas ao objeto de estudo).

Este momento possibilitou a montagem de esquemas de análise dos grupos entrevistados e documentos, relacionando-se a síntese de cada unidade de análise aos núcleos de sentido. Estabeleceram-se as sínteses horizontais - permitindo mostrar os temas e as idéias comuns entre os sujeitos entrevistados por unidade temática analisada (em blocos convergentes e divergentes) que podem ser evidenciados nos diferentes quadros de análise. Destacaram-se, nesse momento, as “estruturas de relevância”, que significa segundo Minayo (1999) a apreensão das idéias centrais do texto e/ou fala e a transmissão dos momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco.

Os dados contidos foram classificados a partir de núcleos de sentido que emergiram da leitura exaustiva dos textos e, em cada entrevista, foram recortadas falas correspondentes aos núcleos e, em seguida, foi feita a síntese horizontal.

Quadro 3. Quadro de análise dos grupos de entrevistados

| EIXOS TEMÁTICOS | Entrevista 1 | Entrevista 2 | Entrevista 3 | Entrevista 4 | SÍNTESE HORIZONTAL |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---|
| EDUCAÇÃO PERMANENTE Concepção Participação Limites Avanços Perspectivas | | | | | CONVERGÊNCIAS DIVERGÊNCIAS COMPLEMENTARIEDADES DIFERENTE |
| GESTÃO DO TRABALHO Estratégias de vinculação Negociação Processos de seleção Condições de Trabalho Remuneração Valorização Avanços Limites Perspectivas | | | | | |
| SÍNTESE VERTICAL | | | | | |

Foi confeccionado um quadro para cada grupo de entrevistados como representado no modelo acima. Este procedimento foi repetido para os três grupos de entrevistados, posteriormente foram cruzadas as sínteses de cada eixo temático entre os diferentes grupos, conforme mostra o quadro abaixo.

Quadro 4. Cruzamento entre os Grupos I, II e III.

| EIXOS TEMÁTICOS | Grupo I | Grupo II | Grupo III | SÍNTESE HORIZONTAL |
|---|----------------|-----------------|------------------|---|
| EDUCAÇÃO PERMANENTE Concepção Participação Limites Avanços Perspectivas | | | | CONVERGÊNCIAS DIVERGÊNCIAS COMPLEMENTARIEDADES DIFERENTE |
| GESTÃO DO TRABALHO Estratégias de vinculação Negociação Processos de seleção Condições de Trabalho Remuneração Valorização Avanços Limites Perspectivas | | | | |
| SÍNTESE VERTICAL | | | | |

Com o resultado do cruzamento das sínteses horizontais entre os diferentes grupos e contínuas leituras do conteúdo das entrevistas, foram construídas as categorias empíricas do estudo.

Etapa II: Leitura transversal de cada corpo ou *corpus* de comunicações, estruturados a partir dos eixos temáticos, percebidos nos três grupos de entrevistados e no conjunto de documentos que compõem a análise, fazendo-se a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, as questões orientadoras e ao pressuposto teórico.

Quadro 05. Cruzamento entre as entrevistas do Grupo I

| Categorias Empíricas | Entrevista 1 | Entrevista 2 | Entrevista n | SÍNTESE HORIZONTAL |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------------|
| Vinculação do trabalhador ao SUS municipal | | | | |
| O trabalho e a educação na saúde | | | | |
| SÍNTESE VERTICAL | | | | |

Realizado o entrecruzamento entre os sujeitos nos diferentes grupos de entrevistados, passou-se, em seguida, para a síntese entre os grupos (I, II e III). Buscou-se o cruzamento dos dados entre os diferentes grupos, no sentido de construir/reconstruir as categorias empíricas do estudo, articulando o referencial teórico, descritas no quadro abaixo.

Quadro 06. Cruzamento entre os Grupos I, II e III

| Categorias Empíricas | Grupo I | Grupo II | Grupo III | SÍNTESE HORIZONTAL |
|--|----------------|-----------------|------------------|---------------------------|
| Vinculação do trabalhador ao SUS municipal | | | | |
| O trabalho e a educação na saúde | | | | |
| SÍNTESE VERTICAL | | | | |

Etapa III – Leitura dos documentos oficiais, identificando os conteúdos e relacionando com a categoria empírica: vinculação do trabalhador ao SUS municipal. Esta opção deveu-se a dificuldade de acesso a documentos que retratassem a categoria relacionada aos processos de educação permanente.

1.4.5.4 Análise final dos dados

A análise final permitiu apreender o conteúdo das falas representadas nas entrevistas, complementados pela análise documental, possibilitando uma articulação do material empírico com o referencial e pressuposto teórico da pesquisa.

O processo de cruzamento dos conteúdos das falas dos diferentes grupos, complementados pelos achados nos documentos, possibilitou analisar várias dimensões do processo investigativo e relacioná-los ao aporte teórico do estudo. Essas dimensões de análise recordam a especificidade do objeto e reitera a busca dos pesquisadores em balizar as discussões sensibilizados pelos conteúdos latentes e achados da pesquisa.

A seguir, apresentamos a análise e discussão dos resultados em forma de artigos científicos que se tornam, *a priori*, o produto principal do estudo e estabelecem as interfaces e entre o material empírico, os documentos analisados e o referencial teórico, configurando-se, a princípio, em três artigos científicos, a serem encaminhados as Revistas: Baiana de Saúde Pública (artigo 1); Saúde Pública da USP (artigo 2); e Interface: comunicação, saúde e educação (artigo3)

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

**ARTIGO 01 – GESTÃO DO TRABALHO: ABORDAGENS TEÓRICAS E
POLÍTICAS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

GESTÃO DO TRABALHO: ABORDAGENS TEÓRICAS E POLÍTICAS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Josenildo de Sousa Alves

Marluce Maria Araújo Assis

RESUMO

O presente ensaio teórico tem como objetivo problematizar a temática Gestão do Trabalho em Saúde (GTS), tendo como seu desdobramento os processos políticos no contexto do SUS e sua articulação com a Educação Permanente em Saúde (EPS). Para tanto, o texto é organizado em quatro dimensões: abordagens teóricas; do texto ao contexto; constituição das políticas para o trabalho no SUS: compassos e descompassos; e novos arranjos políticos. Discute-se que a GTS constitui-se numa combinação de diferentes dimensões referentes ao planejamento e a gestão que possibilitem a regulação (formação, distribuição, vinculação, proteção social e qualificação) da força de trabalho no setor. A precarização dos vínculos trabalhistas, a fragilidade dos planos de cargos e salários e o distanciamento de uma prática integral e resolutiva têm aberto caminhos para os desinteresses e descompromissos dos trabalhadores com o SUS. Enfim, busca-se, uma nova gestão do trabalho no SUS interconectada com a EPS, com a participação efetiva dos trabalhadores e gestores, enquanto sujeitos responsáveis pela gestão e atenção do sistema.

Palavras-chave: Trabalho em Saúde, Políticas de Saúde, Trabalhadores, Sistema Único de Saúde.

WORK MANAGEMENT: THEORETICAL AND APPROACHES IN SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

ABSTRACT

This theoretical essay aims to describe problems on Health Service Management (Gestão de Trabalho de Saúde - GTS) having policies processes as its outspread in the context of the “Sistema Único de Saúde-SUS” and its articulation with the Health Permanent Education (Educação Permanente em Saúde-EPS). And then, the text is organized in four dimensions: theoretical approaches; from the text to the context; political constitution for the work in the SUS; with rhythm and with out rhythm and new political arrangements. Discussing that Health Service Management is built up within a combination of different dimensions which refer to the planning and the management that encourage the regulation (formation, distribution, linkage, social protection, and qualification) of the work potential in the sector. The precariousness of working relations, the fragile plans for job positions and salaries and also the detachment from an integral and resolving practice have shown workers’ lack of interest and lack of engagement in the SUS. It is sought, however, a new working management for the SUS which is interconnected with the EPS, with the participation of workers and managers as the responsible ones for the system management and care.

Keywords: Work in health, health politics, workers, Sistema Único de Saúde.

GESTIÓN DEL TRABAJO: ABORDAJES TEÓRICOS Y POLÍTICOS EN EL CONTEXTO DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS)

RESUMEN

El objetivo del presente ensayo es problematizar la temática Gestión del Trabajo en la Salud (GTS), la cual tiene como su desdoblamiento los procesos políticos en el contexto del SUS y su articulación con la Educación Permanente en Salud (EPS). Para ello, el texto está organizado en cuatro dimensiones: abordajes teóricos; del texto al contexto; constitución de las políticas para el trabajo del SUS: compases y descompases; y nuevos agrupamientos políticos. Discute que la GTS se constituye mediante la combinación de distintas dimensiones que se refieren al planeamiento y a la gestión que posibilitan la reglamentación (formación, distribución, vinculación, protección social y calificación) de la fuerza de trabajo en el sector. La precarización de los vínculos laborales, la fragilidad de los planes de puestos de trabajo y salarios y el distanciamiento de una práctica integral y resolutive han abierto caminos a los desintereses y descompromisos de los trabajadores con el SUS. En fin, lo que se busca es una nueva gestión del trabajo en el SUS interconectada a la EPS, con la participación efectiva de los trabajadores y gestores, mientras sujetos responsables por la gestión y atención del sistema.

Palabras clave: Trabajo en Salud, Políticas de Salud, Trabajadores, Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

Apesar dos significativos avanços na reorganização do sistema de saúde no Brasil, existe uma clara necessidade de avançar em segmentos, tais como: financiamento, integralidade da atenção à saúde, política de gestão do trabalho e educação permanente em saúde, entre outros.

No que se refere à Gestão do Trabalho em Saúde (GTS), observa-se que, muitas das intenções da construção de uma proposta de mudança, fundamentada no ideário da Reforma Sanitária Brasileira, fruto de consensos entre os formuladores de políticas, trabalhadores e população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), não se concretizaram.

A mudança das práticas em saúde deve fundamentar-se na necessidade de reordenação no campo da formação, qualificação permanente e vínculo dos trabalhadores em saúde com o sistema. Para que haja mudança efetiva na reestruturação do processo de trabalho, seus trabalhadores precisam estar capacitados para o enfrentamento cotidiano dos problemas, no contexto social diversificado e repleto de contradições; quer seja na relação com a população usuária e equipe de trabalho, ou nas relações institucionais que estabelecem com o sistema de saúde.

A área que discute a gestão dos trabalhadores, antes denominada Recursos Humanos (RH), passou por uma revisão de conceito, incorporando conhecimentos da sociologia e política econômica, em face de necessidades de adequação às modificações do trabalho em saúde, e hoje, pode ser denominada como GTS.

A formulação e implementação de políticas relativas aos trabalhadores do SUS organizam-se em torno de duas questões principais que, ao longo dos anos vem sendo tratadas em espaços institucionais específicos: a gestão dos processos que asseguram a presença dos trabalhadores no sistema; e os processos de qualificação dessa força de trabalho, no sentido de adequá-la às necessidades impostas pela oferta de ações e serviços à população usuária do sistema.

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde com o objetivo de induzir a criação de uma política para os trabalhadores do SUS¹. Sendo assim, a GTS e da Educação Permanente em Saúde (EPS) constituir-se-iam em áreas conexas e fariam parte de uma mesma política, visando promover o desenvolvimento de políticas para formação profissional e processos de educação permanente para os trabalhadores do SUS.

Nesse sentido, a conformação atual da proposta de GTS vem sendo construída do ponto de vista político, desde meados da década de 1990, ao se discutir um novo modelo de organização do sistema, colocando na arena decisória, o município, enquanto espaço político de gestão^{2,3,4,5}.

O presente ensaio tem por objetivo problematizar a temática GTS, tendo como seu desdobramento os processos políticos no contexto do SUS e sua articulação com a EPS.

GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: ABORDAGENS TEÓRICAS

A discussão sobre GTS nos remete a compreensão de gestão de RH, que tem passado por reformulações teóricas, conferindo-lhe caracterizações concedidas pela agregação de um arcabouço teórico das ciências da Administração, Economia Política e Sociologia. Assim, o termo RH, originário da ciência da Administração apresenta-se, hoje, adequando-se às exigências de uma nova forma de entender os processos de trabalho complexos e interdisciplinares que transversalizam as organizações.

Dessler⁶ define Administração de RH, como práticas e políticas necessárias para conduzir os aspectos relacionados às pessoas e ao trabalho de gerenciamento, especificamente à contratação, ao treinamento, a avaliação, à remuneração e ao oferecimento de um ambiente bom e seguro aos funcionários da empresa.

Gil⁷ ao trazer a mesma temática, busca estabelecer relações entre as pessoas e ambiente de trabalho, denominando de “Gestão de Pessoas” (GP), pois considera que os trabalhadores não são meros recursos de uma organização. Discute-se a GP como função regencial que visa à cooperação das pessoas que atuam nas organizações para o alcance dos objetivos, tanto organizacionais quanto individuais.

Por vezes as terminologias RH e GP são questionadas por autores da saúde coletiva, como Cecílio⁸, ao analisar que os termos são a tradução da concepção funcionalista, a saber: definições rígidas de atribuições, papéis e perfis ideais. Nesse sentido, falar em GP significa expressar tal concepção, retratada em expressões como gestão de material, gestão de medicamentos ou de pessoas.

De acordo com Pierantoni et al³ e Blanchard⁹ houve uma evolução teórico-conceitual da questão de RH, que absorveu o conceito de força de trabalho da Economia Política como a disponibilidade de trabalhadores empregados e desempregados para atividade do trabalho. Ou seja, tratam-se do uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho, referentes a emprego, produção, renda e assalariamento; e da Sociologia do Trabalho, em um mix que

envolve o trabalho, o trabalhador como “ser social” e sociedade. Todas estas dimensões influenciaram as discussões e as proposições políticas que vem sustentando as concepções teóricas relacionadas à GTS. . Dussault¹⁰ traz outra abordagem que define como ‘Gestão de RH’, todas as atividades administrativas relacionadas com o exercício cotidiano do trabalho das pessoas em uma organização. Esse enfoque é mais amplo do que o mais tradicional e, não limita, ao que um Departamento de RH faz (contratação, treinamento, avaliação e remuneração).

No entanto, Ceccim¹¹ faz um resgate temporal, em que a compreensão dos trabalhadores como RH provém dos estudos científicos em Administração, que traz o elemento humano nas organizações como fator de análise e compreensão dos processos produtivos. Numa iniciativa de separar dialeticamente a tendência administrativa da construtivista, propõe-se um entendimento analítico para o campo do trabalho em saúde, fazendo a opção pela formulação mais construtivista e emancipatória, denominada “Coletivos Organizados para Produção”, formulação também trazida na obra de Campos¹².

Assim, diferenciando-se da Gestão de RH proposta por Dussault¹⁰, a GTS incorpora a responsabilidade por parte do Estado à função de regular o trabalho no setor saúde, incluindo componentes ideológicos e tendo o trabalhador da saúde como ator social no processo de desenvolvimento e consolidação do sistema de saúde.

Então, a GTS deve ser incorporada na agenda política do Estado brasileiro de maneira ampliada, pois envolve a combinação de estratégias que visam à análise e operacionalização de políticas que direcionem a regulação profissional. No sentido de propiciar uma melhor distribuição, o desenvolvimento de competências e uma gerência de pessoal envolvida com as demandas dos trabalhadores do SUS.

DO TEXTO AO CONTEXTO: A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

As questões relativas aos trabalhadores de saúde no Brasil vêm sendo discutidas do ponto de vista político desde 1986, com realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde¹³.

A complexidade da discussão teórica sobre GTS se transpõe para as práticas cotidianas da gestão em saúde, desdobrando-se em discussões para a criação de uma política aos trabalhadores do setor no Brasil.

Nogueira¹³ discute duas formas de avaliação do trabalho em saúde: a primeira, de natureza macroeconômica, levando em conta os aspectos de capacidade de geração de

emprego e absorção de pessoal recém-formado, dinamismo do setor no conjunto da economia, perspectivas de expansão, entre outros. A segunda, de natureza política, que consiste na regulação dessa forma de trabalho, ou seja, em julgar se a distribuição, composição interna e utilização do trabalho estão consistentes com as linhas e diretrizes da Política Nacional de Saúde.

As interjeições de Nogueira¹³ já trazem considerações que se constituem em elementos chaves para a análise da GTS, pois esta possui relação com o contexto político e econômico mundial, destacando-se às relativas à mudança do modelo de Estado; da reestruturação produtiva; e a incorporação tecnológica.

Para Pierantoni², as reformas do Estado na década de 1990, aliadas ao fenômeno da globalização, proporcionaram uma flexibilização das relações de trabalho, com diminuição do quadro funcional estatal com crescente terceirização e precarização das relações trabalhistas. Esse fato delineou uma configuração que gerou impacto no vínculo dos trabalhadores com o sistema de saúde. Surgiram, então, soluções individualizadas, como as fundações de apoio e a terceirização. Assiste-se à flexibilização das relações laborais focadas na estabilidade no emprego que favorece a proliferação de formas de vínculo não estáveis com o Estado e formas diferenciadas de remuneração.

Varella e Pierantoni⁵ referem que, na mesma década de 1990, houve um movimento migratório de empregos públicos da esfera federal para a municipal, sendo que o setor público se valeu de formas mais flexíveis de contratação. Esse fato deve-se, em grande parte, ao fenômeno de mundialização da economia.

No mesmo sentido, ao introduzir a discussão sobre a valorização do trabalho em saúde no mundo globalizado, Rollo¹⁴ argumenta que a implementação do SUS apresenta um grande paradoxo, pois apesar de ter início nos anos 1990, ainda não evidenciou de modo efetivo e significativo, em sua agenda, o direito dos trabalhadores da saúde, os quais se constituem como sujeitos construtores e membros ativos em todo o processo de produção de saúde e, como humanos, têm fragilidades e, limites e podem adoecer.

Bourguignon et al¹⁵ apontam o financiamento e a política de RH como pontos críticos na implantação dos sistemas de saúde. As formas de enfrentamento desses desafios têm produzido poucos impactos, resultando em ineficiência, ineficácia, desigualdade, perda da solidariedade e da cidadania na relação entre os trabalhadores de saúde e destes com os usuários. Os autores ainda discutem que, a crise econômica nas décadas de 1980 e 1990 gerou um aumento dos índices inflacionários, desemprego, achatamento salarial, estancamento e

deteriorização dos serviços, acarretando um novo cenário para a área de RH, especificamente no campo da saúde.

No contexto dos municípios com a criação do Programa de Saúde da família (PSF) acentua-se a necessidade de contratação de pessoal. Assim, os gestores dos municípios têm buscado atender demandas sociais para a organização de uma rede de atenção, edificando possibilidades isoladas para o enfrentamento do dilema da GTS¹⁶.

Canesqui¹⁷ e Assis et al¹⁸ ao discutirem sobre a implementação do PSF em municípios do Estado do Mato Grosso e da Bahia, respectivamente, destacam a capacitação dos agentes implementadores como fundamental à introdução das inovações, estabelecimento de vínculos entre trabalhadores e usuários, o trabalho em equipe e o acompanhamento das famílias. Apontam também, a necessidade de vinculação dos trabalhadores ao programa por meio de concurso público e plano de carreira, cargos e salários, para reduzir a rotatividade dos trabalhadores, principalmente nos pequenos municípios, buscando a valorização do trabalhador do SUS.

CONSTITUIÇÃO DAS POLÍTICAS PARA O TRABALHO NO SUS: COMPASSOS E DESCOMPASSOS

A I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde¹³ cumpriu o seu papel, com base nas análises até então realizadas sobre a temática e detalhou, ainda que de forma embrionária, uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária no tocante à política de desenvolvimento dos trabalhadores para o setor saúde.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos (1993)¹⁹ traz uma contribuição importante dos compassos apresentados sobre esta área, ao realizar um diagnóstico sobre os problemas existentes e ao apresentar propostas essenciais a um novo reordenamento na organização e na produção das ações de capacitação.

A 12.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, reiterou a adoção da Política Nacional para a GTS no SUS, como instrumento efetivo para a consolidação do sistema, o que certamente traria a valorização do trabalhador e contribuiria de maneira efetiva para a criação de vínculo entre o trabalhador e os serviços de saúde²⁰.

Já com outra denominação, mas com os mesmos propósitos de reformular novas diretrizes para a política voltada para trabalhadores do SUS, a 3^a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (GTES) foi realizada em 2006²¹, buscando

estabelecer diretrizes para a implementação de uma política nacional, dando seguimento à aprovação dos princípios e diretrizes da Política Nacional de GATES.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, criada pelo Decreto n.º 4.726, de 9/6/2003²² responde pela gestão federal do SUS, no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da saúde.

Pierantoni et al⁴, apresentam os achados de uma pesquisa sobre a capacidade gestora de RH em secretarias estaduais e municipais de saúde de grandes centros urbanos e a capilaridade das políticas setoriais de GATES. Os resultados da pesquisa apontam que, os órgãos de RH destas secretarias, em especial das capitais, vêm colocando em prática instrumentos da agenda política de GATES, ainda que ocorram variações expressivas na amplitude e na extensão dessa implementação. Porém, foi observada uma variação dos resultados, com índices de adesão mais significativos para as ações prioritárias da regulação do trabalho em relação aos programas estratégicos de educação.

Ao discutir o mercado de trabalho acrescentam que, há indicativos de mudanças no cenário da GTS, quer seja a partir da reorientação política da SGTES, em 2003, no sentido de avançar na desprecarização do trabalho no SUS; ou pelo papel do Ministério Público que vem pressionando os estados e municípios a cumprirem o princípio constitucional de ingresso no serviço público por meio de concursos. Destacam ainda, que a informalidade aplicada, em especial, no PSF, na segunda metade da década de 1990 e no setor público, foi acima de tudo um engendramento para burlar as amarras jurídicas e, o ao mesmo tempo, atender às demandas expansionistas do sistema.

Koster²³ ao realizar um estudo sobre a GTS e o contexto da flexibilização no SUS, toma como objeto de análise os direcionamentos oriundos das negociações dos atores envolvidos no processo de discussão nacional relativas à desprecarização do trabalho, tais como: Bancada dos Trabalhadores no Parlamento; Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e Ministério da Saúde. Destaca que, dentro da realidade ofertada no SUS quanto aos salários, à defasagem fez com que os trabalhadores de saúde buscassem a alternativa de múltiplos empregos, tornando também interesse destes, as formas de vinculação mais flexíveis, tanto numérica, quanto funcional. Somado a isso, a ausência ou pouca quantidade de concursos públicos forneceram à flexibilização um caráter positivo quanto à possibilidade de ingresso no serviço público. Estas outras formas de vinculação possibilitaram maior inserção e ainda com remuneração superior.

Em contrapartida, nem sempre significaram vínculos de trabalho com proteção social. Dentre todos os aspectos negativos referentes à flexibilização, como a diversidade acentuada de formas contratuais, a perda da memória institucional, conflitos internos entre os trabalhadores de vínculos diferentes em uma mesma instituição e o enfraquecimento das cooperações, o principal e mais grave refere-se à precarização do trabalho²³.

Tomasi et al²⁴, ao realizarem um estudo no intuito de descrever o perfil das equipes de saúde da atenção básica (tradicionais e PSF), em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, de dois estados do Sul e cinco do Nordeste do Brasil, encontram, entre outros achados, que menos da metade dos trabalhadores ingressou por concurso público e um terço ou mais possuía vínculo precário. Os resultados, portanto, revelaram que o trabalho precário foi ampliado a partir da expansão do PSF, de forma mais acentuada no Nordeste, onde a estratégia foi adotada mais precocemente e de maneira mais intensa. Ainda assim, aproximadamente dois terços dos profissionais estão satisfeitos com o vínculo de trabalho, concluindo que são necessários esforços no âmbito da gestão para apoiar esses trabalhadores, que são à base do sistema de saúde e protagonistas do seu desenvolvimento e da consolidação da atenção básica.

Nascimento Sobrinho et al²⁵, analisam as condições de trabalho dos médicos, por meio de um estudo de corte transversal em Salvador-BA, constatando a ocorrência de elevada sobrecarga de trabalho, trabalho em regime de plantão, múltiplas inserções profissionais, baixa remuneração por hora trabalhada e contratação precária sob a forma de remuneração por procedimento.

Rocha e Araújo²⁶ investigam as condições de trabalho dos dentistas nas equipes de saúde bucal (ESBs) inseridas no PSF, evidenciando vários descompassos no desenvolvimento do trabalho desses trabalhadores: estrutura física inadequada, disponibilidade de equipamento, instrumental e materiais inadequados à realização das ações previstas, ausência de articulação da referência e contra-referências para que as necessidades de maior complexidade sejam atendidas, bem como a baixa capacitação dos profissionais para o trabalho em equipe.

NOVOS ARRANJOS POLÍTICOS PARA A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

Para a implementação de uma política, é necessário considerar a capacidade dos gestores de articular, sensibilizar os interessados e de construir consensos, conforme aponta Dussault¹⁰. Essas habilidades também devem considerar a necessidade de se criar espaços permanentes de negociação, em que se coloque a participação do trabalhador da saúde como

sujeito constituído de saber técnico e ativo no processo de construção do sistema público de saúde brasileiro.

Em contrapartida, instituir espaços de negociação requer o envolvimento dos sujeitos no processo de construção e legitimação da participação cidadã, com a descentralização do poder decisório e incorporação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira.

Para Paim e Teixeira²⁷, entre outros problemas no SUS, destacam a fragmentação do processo de gestão e o marcado amadorismo conseqüente à insuficiência de quadros profissionalizados, reprodução de práticas clientelistas e corporativas na indicação dos cargos de direção em todos os níveis; discute-se também, a necessidade de publicizar o SUS sem privatizá-lo, assegurando uma autonomia relativa ao Estado, aos governos e aos partidos políticos, a partir da concepção de Estado ampliado.

Outra questão importante, é a articulação cotidiana entre os processos de gestão do trabalho com os de EPS, no sentido ter os processos educativos baseados na educação emancipatória como elemento estruturante de uma nova gestão, voltada para a co-construção de um sistema de saúde que resgate o ideário de um sistema público, universal e igualitário.

Mesmo assim os processos de EPS encontram-se, ainda, bastante desarticulados com os de GTS, na maioria dos estados e municípios, já referidos no estudo de Pierantoni et al⁴. Todavia, identificam-se iniciativas para descentralizar as ações de EPS, como a criação da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), tratando-se de programa desenvolvido pela SGTES que cria condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e EPS, articulando academia e serviços de saúde.

No estado da Bahia, a Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) tem constituído fóruns de discussão sobre a descentralização dos processos de EPS articulados com a GTS e, sob a coordenação da Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) na formulação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde (PGTES). Nesse sentido têm envolvido diretamente, os dirigentes e equipe técnica dos diversos setores da SESAB, as instâncias representativas dos diversos atores da Política de Saúde Estadual, notadamente os municípios, através do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e representantes das Universidades. Este processo busca contemplar a revisão e discussão do marco jurídico-normativo que orienta e respalda a ação da SESAB nesta área, bem como no aprofundamento do debate em torno dos princípios e diretrizes a serem adotados como referenciais para o ordenamento, formação, qualificação, regulação, gestão e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS-BA²⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Gestão do Trabalho no SUS, além de constituir-se numa área temática que precisa ser bem compreendida, necessita ser incluída na agenda de debates dos municípios, dada a sua importância para a consolidação do sistema de saúde brasileiro.

O vínculo entre o trabalhador e o usuário do SUS encontra-se fragilizado, em parte, pela rotatividade dos profissionais nas equipes e às dificuldades de fixá-los, principalmente nos pequenos municípios, aliados aos instrumentos normativos que busquem a valorização do trabalhador do SUS.

Com o avanço dos dispositivos e estratégias necessárias para a ampliação da atenção à saúde nos municípios, faz-se necessário o aumento do número de trabalhadores de saúde. Essa questão tornou-se fundamental para a oferta dos serviços, porém é preciso uma efetiva solução para as dificuldades de contratação de trabalhadores que devem ser orientada por meio de concurso ou seleção pública, com valorização da experiência e da formação técnica e política, articuladas com o ideário do SUS. A situação de precarização das relações de trabalho coloca os gestores municipais diante de um grande dilema a ser enfrentado.

No que se refere aos processos de EPS para os trabalhadores do SUS, os desafios dizem respeito ao enfrentamento dos problemas relacionados à definição de políticas de valorização do trabalhador em todas as esferas de poder, pois ainda carecem de arranjos que potencializem a articulação cotidiana dos processos de aprendizagem e reflexões da prática, em nível individual e coletivo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3. ed. Brasília; 2005.
2. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Cien. Saúde Col.*; 2000, 6 (2): 341-60.
3. Pierantoni CR; Varella TC; França T. Recursos Humanos em Saúde: da Teoria a prática. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises*; 2004.
4. Pierantoni CR; Varella TC; Santos RS; França T; Garcia AC. Gestão do Trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*; 2008, 18 (5): 685-704.

5. Varella TC; Piarantoni CR. Mercado de Trabalho: Revendo conceitos e Aproximando o Campo da Saúde. A Década de 90 em Destaque. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2008; 18 (3): 531-44.
6. Dessler G. Administração de Recursos Humanos. 2ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2003.
7. Gil AC. Gestão de Pessoas: enfoque nos papéis profissionais. São Paulo: Atlas; 2001.
8. Cecílio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. Interface-Comunic, Saúde, Educ; 2007, 11(22): 345-65.
9. Blanchard O. Macroeconomia: Teoria e Política Econômica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Campos; 2001.
10. Dussault G. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. Educación Médica y Salud; 2004, 28(4): 478-89.
11. Ceccim RB. Onde se Lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção de Saúde: Desafios Para a Educação. In: Pinheiro R; Mattos RA (Orgs). A Construção Social da Demanda. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.
12. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
13. Nogueira RP. A força de trabalho no contexto da Reforma Sanitária. Cad. Saúde Públ. 1987; 3(3): 332-42.
14. Rollo AA. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? .In: Santos-Filho SB; Barros MEB (Orgs.). Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007.
15. Bourguignon DR; Tavares GRP; Santana LG; Silva MZ; Lima RCD; Rasch SS. Recursos Humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. Saúde em Debate. 2003; 27(65): 310-15.
16. Assis MMA; Alves JS; Santos, AM. Política de Recursos Humanos e a (Re)significação das práticas dos trabalhadores do SUS: apontamentos para o debate. Rev. Baiana Saúde Públ. 2008; 32: 7-15.
17. Canesqui AM. A implantação do Programa de Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 (4): 862-70.
18. Assis MMA; Nascimento MAA; Franco TB; Jorge MSB. (Orgs.). Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. 1. ed. Salvador: EDUFBA; 2010.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação - Geral da Política de Recursos Humanos. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas. Brasília; 2003.
20. Brasil. 12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília; 2004.
21. Brasil. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – v.3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília; 2006.
22. Brasil.. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº. 2.261, de 22 de setembro de 2006. Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Cadernos ProgeSUS; 1), Brasília; 2006.
23. Koster I. A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro 208 p. Dissertação (Mestrado em saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2009.
24. Tomasi E; Facchini, LA ; Piccini, RX; Thumé, E; Silveira, DS; Siqueira, FV; Rodrigues, MA; Paniz, VV; Teixeira, VA. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24 (Sup. 1):193-01.
25. Nascimento Sobrinho CL; Carvalho FM; Bonfim TAS; Cirino CAS; Ferreira, IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006, 22(1): 131-40.
26. Rocha ECA; Araújo MAD. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal-RN. RAP. 2009; 2(42): 481-517.
27. Paim JS; Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Cienc. Saúde Col. 2007; 12 (Sup): 1819-29.
28. Ramos AS; Pinto ICM; Caputo MC; Camarão MJ. Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente na Bahia: “O SUS é uma escola. Rev. Baiana Saúde Públ. 2009; 33 (1): 40-50.

**ARTIGO 02 – VINCULAÇÃO DO TRABALHADOR AO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE: condições de trabalho e participação nos processos de
gestão**

VINCULAÇÃO DO TRABALHADOR AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: condições de trabalho e participação nos processos de gestão

Josenildo de Sousa Alves

Marluce Maria de Araújo Assis

RESUMO

OBJETIVO: analisar o vínculo profissional dos trabalhadores na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tomando como recorte um sistema municipal de saúde de um Estado do Brasil. **MÉTODO:** pesquisa de abordagem qualitativa, tendo como técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e análise documental. A amostragem foi intencional, envolvendo 14 entrevistados, representados por 3 grupos: trabalhadores de saúde, dirigentes e informantes-chave. A definição do número de sujeitos obedeceu aos preceitos da saturação teórico-empírica. O método de análise dos dados foi à análise de conteúdo temática. **RESULTADOS:** evidenciam-se várias formas de vinculação do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito municipal. A estratégia para a vinculação do trabalhador é o vínculo por Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que, apesar de ser considerado um atrativo, não garante a estabilidade dos trabalhadores em seus postos de trabalho. O vínculo entre o trabalhador e o usuário do SUS encontra-se fragilizado, em parte, pela rotatividade dos profissionais nas equipes e às dificuldades de fixá-los, principalmente nos pequenos municípios, aliados aos instrumentos normativos que busquem a valorização do trabalhador do sistema. **CONCLUSÃO:** a pesquisa pode propiciar olhares críticos em outras situações, já que esse é um problema enfrentado em grande parte dos municípios brasileiros e também encontrado em outros países em desenvolvimento.

Palavras-chave: Políticas de Gestão do Trabalho em Saúde, Flexibilização do trabalho; Precarização do trabalho, Sistema Único de Saúde.

WORKER LINKAGE TO THE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: working conditions and participation in the management process

ABSTRACT

OBJECTIVE: to analyze the workers' bond professional in the Estratégia de Saúde da Família (ESF), researching a municipal health system of a Brazil state. **METHOD:** qualitative approach research, it has as data collecting techniques: semi-structured interview and documental analysis. The sample was intentional involving 14 interviewees represented by 3 groups: health workers, managers and key informers. The definition of the subject numbers obeyed the principles of the theoretical empirical saturation. The analysis method of the data was thematic content analysis. **RESULTS:** Several ways of worker linkage in the Sistema Único de Saúde (SUS) were found in the municipal sphere. The strategy for the worker linkage is the bond for Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) that despite being considered an attractive it does not guarantee the workers' stability in their working posts. In part, the relation between worker and user of the SUS is fragile by rotation of the professionals in the teams and the difficulties of determining them, mainly in small municipalities joining the normal instruments that search for the valorization worker system. **CONCLUSION:** The research can propitiate critical views in other situations since this is a problem that is most seen by majority of the Brazilian municipalities an also found in other developing countries.

Keywords: Policies in health working management, Working flex, Working precariousness, Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas na ordem mundial na década de 1990 provocaram intensas mudanças econômicas, sociais, políticas e ideológicas, como a reestruturação dos processos produtivos e uma nova ordenação do trabalho na Sociedade.

A globalização da economia interferiu diretamente no processo de implementação de políticas sociais no Brasil, entre elas as políticas de saúde¹. E, pode-se perceber uma perda significativa de direitos e, de sentidos, em sintonia com o caráter destrutivo do capital vigente e do trabalho nesse novo cenário globalizado, tornando-se mais precarizado por meio de formas de subemprego, intensificando os níveis de exploração para aqueles que trabalham².

Por esta ordem, a globalização constitui-se em um fenômeno multidimensional que obedece a decisões de natureza política. A reestruturação dos processos de produção articula-se a certa racionalidade econômica, que por sua vez interfere no mundo do trabalho, provocando a perda de proteção social, além da fragilização das relações trabalhistas, proporcionada, muitas vezes, pela flexibilização dos vínculos de trabalho. Surgem daí formas de terceirização, associadas à precarização do trabalho, subsidiando vínculos informais, flexibilização das leis trabalhistas, com redução ou extinção de proteção social.

Assim, as políticas centradas em processos de reforma, nas últimas décadas, com as proposições relacionadas com a “diminuição” do Estado, perda de proteção social do trabalho e dos trabalhadores, agravaram a situação da empregabilidade^{3,4,5,6}.

Ainda na década de 1990, inicia-se o processo de descentralização da saúde no Brasil e, mais precisamente em 1996, com a edição da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS/96, que se constituíram em marco histórico fundamental desse processo^{8,9}. No entanto, em 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), acentua-se no SUS, a necessidade de contratação de trabalhadores para ampliar os serviços de saúde. Nesse momento, apesar de haver uma orientação delineada pelo Ministério da Saúde, definindo parâmetros de inserção e vinculação dos trabalhadores ao sistema público, isso não se concretiza na prática. Os gestores dos municípios, imbuídos de uma demanda social para a organização de uma rede assistencial, buscam possibilidades isoladas para o enfrentamento do problema.

As discussões oriundas das negociações dos atores envolvidos no processo, relativas à desprecarização do trabalho, dentro da realidade nacional, apontam para certa defasagem salarial, levando os trabalhadores de saúde a buscarem alternativas de múltiplos empregos, traduzidos em diferentes formas de vinculação mais flexíveis, tanto numérica, quanto

funcional⁶. Somado a isso, a ausência ou pouca quantidade de concursos públicos forneceram à flexibilização um caráter positivo quanto à possibilidade de ingresso no serviço público via contrato temporário ou outras formas de vínculo, como os terceirizados. Estas outras formas de vinculação possibilitaram maior inserção com remuneração superior.

Em contrapartida, nem sempre significaram vínculos de trabalho com proteção social. Dentre todos os aspectos negativos referentes à flexibilização, como a diversidade acentuada de formas contratuais, a perda da memória institucional, conflitos internos entre os trabalhadores de vínculos diferentes em uma mesma instituição e o enfraquecimento das cooperações, o principal e mais grave problema, refere-se à precarização do trabalho⁹.

A efetiva vinculação do trabalhador ao SUS indica a necessidade de construção coletiva como sujeito ativo e co-responsável pela gestão do sistema, que tenha prazer com seu trabalho, propiciando maior vínculo com a comunidade¹⁰.

Estudo revela¹¹ o perfil das equipes de saúde da Atenção Básica à Saúde - ABS (tradicionais e PSF), em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, de dois estados do Sul e cinco do Nordeste do Brasil, evidenciando que, menos da metade dos trabalhadores ingressou por concurso público e um terço ou mais possuía vínculo precário de trabalho. Em síntese, os resultados retratam que o trabalho precário foi ampliado a partir da expansão do PSF, de forma mais acentuada no Nordeste, onde a estratégia foi adotada mais precocemente e de maneira mais intensa. Ainda assim, aproximadamente dois terços dos profissionais estão satisfeitos com o vínculo de trabalho, concluindo que são necessários esforços no âmbito da gestão para apoiar a esses trabalhadores para o desenvolvimento e consolidação da ABS.

Pesquisa realizada em Salvador, Bahia, Brasil¹², sobre as condições de trabalho dos médicos, constatou a ocorrência de elevada sobrecarga de trabalho, trabalho em regime de plantão, múltiplas inserções profissionais, baixa remuneração por hora trabalhada e contratação precária sob a forma de remuneração por procedimento.

No entanto, identifica-se estudo¹³ sobre as condições de trabalho dos dentistas nas Equipes de Saúde Bucal (ESBs) inseridas no PSF, que analisa aspectos referentes às limitações destas equipes no exercício do trabalho: estrutura física inadequada, disponibilidade de equipamento, instrumental e material inadequados à realização das ações previstas, ausência de articulação da referência e contra-referências para que as necessidades de maior complexidade sejam atendidas, bem como a baixa capacitação dos profissionais para o trabalho em equipe.

Observam-se, entretanto, evidências empíricas em censo demográfico realizados no Quênia, México e Vietnã²⁰ sobre a distribuição da força de trabalho em saúde, demonstrando

que, muitas vezes, os trabalhadores não são estimulados a apoiar à tomada de decisão e, muitas fontes de dados que mostram estas situações não são potencialmente utilizadas para produzir estatísticas relevantes sobre a questão, pois permanecem subutilizadas, especialmente nos países em desenvolvimento. Os resultados revelam diferenças nacionais na distribuição de trabalhadores de saúde, de acordo com a categoria profissional, com profissionais de saúde mais sensíveis à distribuição desigual no Quênia e Vietnã, mas nem tanto no México. Algumas discrepâncias foram sugeridas entre os mapeamentos de informação profissional a partir dos dados brutos com o sistema internacional, especialmente para as especializações em enfermagem e obstetrícia.

Ressalta-se a necessidade de reflexão sobre a situação das condições de trabalho no SUS e a responsabilidade dos sujeitos envolvidos, considerando que, a sua construção se deu diante de um movimento revestido de grande densidade política e marcado pela intensa participação da sociedade (trabalhadores, gestores e sociedade civil), no sentido de garantir políticas de saúde para a população do país¹⁴. A participação dos trabalhadores na construção das políticas de saúde está garantida pela existência dos Conselhos e Conferências de Saúde nas três esferas de Governo e, apesar do arcabouço constitucional e normativo, fruto de luta democrática, os trabalhadores e população usuária, muitas vezes, não ocupam os espaços colegiados de decisão, transferindo a responsabilidade para os gestores do sistema^{15,16}.

Em contrapartida, instituir espaços de negociação requer o envolvimento dos sujeitos no processo de construção e legitimação da participação cidadã, com a descentralização do poder decisório e incorporação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira. É, portanto, reconhecer que: “as relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos que fazem a gestão coletiva em saúde são permeadas por singularidade, por conflitos, por dúvidas, por diferenças, convergências”¹⁶.

O coletivo de sujeitos envolvidos, organizados para a produção de alternativas de mudança cumpre um duplo papel, produzir bens ou serviço social e, ao mesmo tempo, assegurar a sobrevivência da própria organização e do conjunto de agentes que a integram ou dela depende. Ou seja, é necessário o envolvimento do trabalhador com o seu trabalho, garantindo-lhe autonomia, liberdade e prazer, pois exige o seu interesse e desejo em todas as situações, particularmente em contextos desfavoráveis, para a edificação do novo, da mudança¹⁷.

Pode-se tomar como eixo orientador a idéia de que, a produção e o atendimento de necessidades sociais dependem da ação simultânea de trabalhadores com interesses e necessidades. A gestão desses processos deveria ser compartilhada (co-gestão)¹⁷ e a busca de

mecanismos indutores de gestão colegiada nos processos de decisão da gestão em saúde, com a participação de todos os atores envolvidos no desenvolvimento de atos sanitários e na gestão do cuidado.

A gestão dos processos de trabalho implica em liderança com envolvimento da dimensão produtiva, pautada no investimento das pessoas e do sistema de relações que envolvem a gestão pela escuta¹⁸. Para tanto, é preciso resgatar a gestão participativa que pode orientar um novo estilo de coordenação dos processos. Assim, a profissionalização ou o desafio de estruturação da organização, a partir do conhecimento e do envolvimento entre as pessoas passa a ser mais importante do que as estruturas e procedimentos. Além disso, deve-se atentar para a importância das metodologias racionalistas de gestão, observando a necessidade de compreender aspectos relacionados à cultura, negociação e liderança, que são alicerces de uma nova forma de condução baseada na escuta nas relações de trabalho.

As habilidades dos gestores também devem considerar a necessidade de se criar espaços permanentes de negociação, em que se coloque a participação do trabalhador da saúde como sujeito constituído de saber técnico e ativo, no processo de construção do sistema público de saúde¹⁹.

OBJETIVO

Analisar o processo de vinculação do trabalhador ao SUS em relação às relações trabalhistas; as condições de trabalho e sua participação na construção de uma proposta de gestão do trabalho no SUS.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, uma vez que investiga fenômenos sociais, acontecimentos, fatos históricos e políticos, que caracterizam o objeto da investigação. Buscou-se estabelecer entrecruzamento entre os diferentes sujeitos, no sentido de apreender as estratégias de vinculação, as condições de trabalho e a participação dos trabalhadores na discussão sobre a desprecarização das relações de trabalho.

O município escolhido para análise está circunscrito pela complexidade de dilemas comuns aos grandes centros urbanos, dentre estes, os limites para o financiamento de políticas públicas, grande extensão territorial e dissonâncias na distribuição de riquezas. Localiza-se na Mesorregião Centro-Sul da Bahia, Brasil, tem uma população estimada para 2010, de cerca de

310.000 habitantes (IBGE, 2010), encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal, possuindo uma rede de serviços que conta com uma cobertura de 52% de PSF, contando também com serviços de média e alta complexidade.

As técnicas de coleta de dados foram: entrevista semi-estruturada e análise documental. Foram entrevistadas 14 pessoas, porém o critério numérico não foi o responsável por estabelecer a quantidade de participantes no estudo²³, sendo definido pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações e das observações que trouxeram contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão e foram divididos em três grupos: Grupo I (dirigentes - atuam na definição das políticas de Recursos Humanos para o SUS = 4 pessoas); Grupo II (trabalhadores de saúde – alocados na Estratégia Saúde da Família = 5 pessoas) e Grupo III (Informantes-chave = 5 pessoas). Para o Grupo I, foram selecionados àqueles gestores que estavam diretamente envolvidos na formulação das políticas de saúde do município. Para o Grupo II, foram selecionados àqueles que tinham no mínimo um ano trabalhando no PSF e preferencialmente àqueles que atuavam no município entre os anos 2000 a 2008 e, para o Grupo III, àqueles que já haviam feito parte da gestão municipal ou participavam ativamente dos processos de discussão no SUS municipal, em relação ao objeto de análise.

Elaboraram-se temas que nortearam as entrevistas, sintetizadas nos seguintes pontos: (1) estratégias de vinculação; (2) condições de trabalho; (3) participação e espaço de negociação.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e digitadas para utilização na análise. Todos os sujeitos receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações sobre a pesquisa e uma autorização para a participação no estudo, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. A análise documental buscou estabelecer conexões entre o enunciado teórico/operacional e o que é realizado na prática e foi baseada nos documentos: Documento 1: Plano Municipal de Saúde 2006-2009; Documento 2: Relatório de Gestão 2008; Documento 3: Plano de Carreiras Cargos e Salários da Prefeitura Municipal; Documento 4: Estatuto dos Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que contrata os trabalhadores do PSF no município. A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio e outubro de 2009.

O tratamento do material empírico foi orientado pela análise de conteúdo temática²³ das entrevistas e dos, procurando estabelecer conexões entre os resultados da análise das

entrevistas e a análise documental. Os grupos de entrevistados foram analisados por meio do entrecruzamento das informações, articulando-os com o referencial teórico orientador.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Vinculação trabalhista: descompasso entre o ideário do SUS e seu cotidiano

O estudo, apesar de tomar como objeto de análise um município, pode permitir um olhar crítico da situação encontrada em outros cenários, visto que, as reformas do Estado nas últimas décadas, influenciadas pela globalização, provocaram perda de proteção social do trabalho e agravaram a empregabilidade, constituindo-se em um dilema enfrentado por grande parte dos municípios do país.^{1,3,4,5,6,10}

Os discursos dos trabalhadores (T), gestores (G) e informantes-chave (I) convergem com a afirmativa, por meio das seguintes representações no que se refere à flexibilização, perda de proteção social e empregabilidade:

“A gente não tem muito sabedoria prá dizer o que seria do futuro de nós trabalhadores dentro do serviço (...) é uma situação de total instabilidade (...) eles falam que a associação é uma instituição que tende a se acabar e está errada” (T1)

“A gente tem funcionário com vínculo pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (...) tem funcionários do município que tem o vínculo estatutário (...) tem funcionários contratados também no regime de Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) pelo município, e a gente tem funcionários cedidos pelo Ministério da Saúde e tem profissionais cedidos pela Secretaria do Estado” (G1)

“Aqui tem profissionais por CLT (...) além dos efetivos por concursos e dos contratados pela associação e existe uma terceira forma de vínculo empregatício que são os contratos temporários” (I4)

Pelo explicitado, no SUS municipal existem diferentes formas de vinculação do trabalhador, sendo caracterizada a flexibilização das relações de trabalho e até formas precarizadas de contratação, com perda de proteção social como os contratos temporários, gerando algumas situações de instabilidade, mesmo naqueles que tem vínculos por CLT, através de uma associação de apoio à saúde.

O SUS não está fora do contexto globalizado da economia, possibilitando novas formas de ordenação do trabalho e, às vezes, formas de subemprego, confirmando as argumentações de diferentes autores^{1,3,4,5,6}.

Em contrapartida, complementando as falas anteriores, a forma de vinculação por CLT parece representar um atrativo e possibilitar certa fixação do trabalhador ao SUS e se

constituiu numa preocupação da gestão municipal, mesmo considerada para alguns uma ilicitude, evidenciada nas representações:

“O Município, desde a época da implantação do PSF teve o cuidado de não contratar sem que houvesse uma seleção prévia, por CLT, depois realizou uns concursos” (I 2)

“Olhe, para mim deveria haver uma única forma de contratação no serviço público (...) só é legal mesmo com um concurso (...) por lei é só isso que poderia, mas aqui tem seleção para o pessoal da associação por CLT” (I 4)

Com a implantação do PSF em 1994, houve uma grande necessidade de aumento do número de trabalhadores no SUS no sentido de organizar o cuidado no nos municípios. No cenário da pesquisa, assim como muitos municípios brasileiros, houveram contratações de formas flexibilizadas, sendo uma das estratégias de vinculação do trabalhador ao PSF, a contratação através de OSCIPs em regime de trabalho por CLT.

No entanto, a contratação em regime de CLT, mesmo sendo estratégia de vinculação do trabalhador ao SUS, não tem garantido a fixação, provocada, muitas vezes, pela ausência de um plano de carreiras, cargos e salários, evidenciados na entrevista abaixo:

“Estamos precisando de um plano de carreira do trabalhador do SUS, porque hoje infelizmente, ele não tá ainda como deveria ser (...) nós temos profissionais vinculados a uma associação de trabalhadores (...) em algumas situações, que são situações pontuais, eles têm vínculo de contrato de prestação de serviço (...) o município perde nisso, ele não tem esse ganho porque treina, capacita o profissional, o profissional fica um ano, dois anos, no máximo de quatro anos, depois ele tem que desvincular (...) então, eu acho que isso não fixa ele no serviço” (I 5)

O Plano de Cargos Carreiras e Salários (PCCS) poderia ser um dispositivo de motivação para o trabalhador do PSF se fixar ao sistema de saúde, pois, além de representar uma estratégia de valorização do servidor, poderia oferecer uma perspectiva de carreira no SUS.

Assim, como outros municípios do Nordeste do país, o cenário municipal em questão, implantou precocemente o PSF e, de acordo com resultados do estudo de Tomasi *et al*¹¹, que revelaram que o trabalho precário foi ampliado a partir da expansão do PSF, confirmando as análises de Pierantoni¹ e Kaster⁶ no que se refere à flexibilização e precarização do trabalho.

Os dados empíricos indicam diferentes formas de vinculação do trabalhador do SUS ao sistema de saúde municipal, caracterizados pela flexibilização dos regimes de contratação e tendo a contratação por CLT a estratégia para fixação dos trabalhadores no PSF. Apesar de

representar um salário avaliado como bom, quando cruzamos os diferentes grupos de entrevistados, algumas pessoas do Grupo II e III, referiram-se a perdas salariais ocorridas desde o início do programa no município e demonstram insatisfação com a remuneração, fazendo com que eles busquem novas inserções profissionais para uma melhor composição salarial. Essa assertiva converge com a afirmativa contida na entrevista abaixo:

“Dentro da lógica de mercado (...) não está distante dos outros municípios em relação ao salário que paga aos seus profissionais. Mas, é... a gente sabe que esse salário ele ainda tá muito aquém diante das condições que nós precisamos ter pra conduzir o trabalho de uma forma mais tranqüila. Então, os profissionais ainda precisam de outros vínculos extras pra poder atingir um salário que lhe dê condição de uma sobrevivência legal (...) o município vai ter que pensar numa política de salário que reduza a necessidade de outros vínculos pelos profissionais” (I1).

As diferentes formas de regimes de trabalho e contratos temporários, além provocarem diferentes remunerações dos trabalhadores num mesmo ambiente de trabalho, podem causar dificuldades do vínculo entre trabalhador e a população usuária e descontinuidade na prestação de serviços por profissionais que já estão mais qualificados. Essa fala complementa a argumentação:

“O ideal, eu acho que seria se todo mundo tivesse o mesmo vínculo empregatício. Isso facilitaria muito, até pela questão do contrato temporário (...) que a pessoa passa, depois sai, cria o vínculo com a comunidade e depois tem que sair porque o contrato vence (...) então tudo isso eu acho que contribui prá uma queda no serviço, no atendimento, com certeza” (T4).

O conteúdo trazido pelo entrevistado indica que a vinculação do trabalhador ao SUS é condição fundamental para o vínculo dele com a população, bem como a continuidade na prestação de serviços de saúde, o que converge com os argumentos de Assis, Alves e Santos¹⁰, também sinalizados por Gupta *et al*²⁰ ao discutirem a distribuição desigual dos trabalhadores no Quênia, Vietnã e México, concluindo que o problema do desequilíbrio geográfico entre trabalhadores de saúde nos países do mundo em desenvolvimento tem implicações importantes em nível regional, nacional e internacional, em termos de restrições para a implantação efetiva de serviços, a gestão e em última análise, para a prestação equitativa de serviços de saúde.

Condições de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família

As condições de trabalho no município para os grupos I e II foram consideradas razoavelmente boas, mesmo relatando necessidade de melhorias, evidenciadas nas entrevistas:

“Existem unidade que tem tudo e tem unidades aí que tá faltando material de limpeza (...) tem unidades que foram construídas e que a condição de trabalho daquela unidade, em termos de estrutura física é, totalmente, incompatível com as unidades que estão sendo construídas agora. (G1)

“Na zona rural tem carro prá levar, tem carro prá trazer (...) o pessoal da zona rural tem incentivo alimentação (...) o que precisa é ampliar mais as unidades de saúde que são muito pequenas (...) aumentar o número de unidades (...) precisava, estar com as equipes com um número menor de famílias prá ter melhor condições de trabalho, de acompanhar essas famílias” (G4)

“Dentro de uma rede de atenção básica, são boas, mas, muitas vezes, falta medicamentos, alguns medicamentos de uso contínuo”. (I3)

Porém, no Grupo II que representa o grupo de trabalhadores, as informações contidas nas entrevistas divergem das anteriores, no sentido de afirmar uma condição de trabalho precária, condições físicas das unidades de saúde, principalmente da zona rural, incompatíveis com as necessidades dos trabalhadores, causando, muitas vezes, desmotivação e o desejo de mudança de inserção profissional. Essa afirmativa está representada nas falas:

“O consultório é classificado como bom (...) principalmente na zona rural, a maioria da zona rural, ela não tem uma cozinha e nós almoçamos em qualquer lugar que tenha espaço (...) a unidade móvel é uma unidade que não tem condições nenhuma de biossegurança (T1)

“Até hoje eu trabalho sem condições, um trabalho precário. Não tem nem onde comer. Não tem uma copa, não tem nada. Você acaba se alimentando ali mesmo na recepção (T2)

“Não são boas, por conta da falta de material (...) a gente deixa de trabalhar por falta de coisas tão baratas, tão pequenas; (...) quando quebra algum aparelho é uma dificuldade muito grande prá pode consertar (...) a estrutura física não é boa e a unidade é muito é pequena (...) não existe funcionário para a limpeza, não existe funcionário do serviço de atendimento médico (SAME) para fazer o acolhimento das pessoas, não existe um vigia.(T4)

Múltiplas inserções profissionais, baixa remuneração por hora trabalhada e contratação precária sob a forma de remuneração por procedimento, caracterizam a precarização do trabalho já sinalizados por Nascimento Sobrinho¹².

No que se refere às condições de trabalho, no campo da pesquisa, existem unidades com boa estrutura na zona rural e urbana, porém existem unidades da zona rural que não

atendem as exigências do Ministério da Saúde e não estão de acordo com as necessidades dos trabalhadores do sistema. Mesmo assim, a gestão municipal define como uma das ações, dentre as macrodiretrizes, o aperfeiçoamento dos processos gerenciais, evidenciados na análise documental:

“Revisão do PCCS (...) implantar a gestão de recursos humanos (...) adequar a rede física das unidades, reformar, construir e ampliar unidades” (Documento 1)

“Em parceria com a Secretaria de Administração, já foram chamados 390 servidores do concurso público municipal, para o preenchimento de 827 vagas oferecidas (...) melhorar o controle de estoque feito pelas Unidades de Saúde e a forma como são feitos os pedidos mensais” (Documento 2).

As evidências contidas no plano municipal de saúde e no relatório de gestão demonstram que a gestão municipal tem feito movimentos positivos no sentido de minimizar os problemas enfrentados com relação às condições de trabalho dos trabalhadores. Mesmo assim, as mudanças parecem não ser rápidas, levando o trabalhador a uma desmotivação com seu trabalho.

Esses achados confirmam os encontrados por Rocha e Araújo¹³, quando investigaram as condições de trabalho dos dentistas nas equipes de saúde bucal (ESBs) inseridas no PSF, no qual identificou como limitação ao trabalho: estrutura física inadequada, disponibilidade de equipamento, instrumental e materiais inadequados à realização das ações previstas.

Participação do Trabalhador nos processos de gestão

A participação dos trabalhadores na construção e na condução dos processos de gestão em saúde está garantida pela existência dos Conselhos e Conferências de Saúde e, mesmo assim, segundo Rollo¹⁵, os trabalhadores e população usuária, muitas vezes, não ocupam os espaços e o poder decisório fica centrado nos gestores.

Constatou-se, nos dados empíricos obtidos no cruzamento entre os grupos de entrevistados, que a participação dos trabalhadores e gestores nas negociações para desprecarização do trabalho apresentam fragilidades, evidenciadas nas seguintes representações:

“Existe a mesa porque têm as campanhas salariais, só que a gente não é ouvido como a gente queria (...) a gente tinha uma mesa só de negociação salarial, mas já estão conversando prá uma permanente” (T 2)

“Há algum tempo a gente vem reunindo prá discuti salário, prá discuti as condições de trabalho (...) mas não tem, assim, reuniões sistemáticas prá essas discussões. Tá faltando implementar. É mais prá discussão de salário do que prá discussão das condições de trabalho do plano de cargos e salários” (T 3)

“Não há esse diálogo, não há essa comunicabilidade com o gestor (...) já vem o pacote fechado” T (5)

“Eu acho que a gestão deve pensar em melhorar (...) ela tem que ter o trabalhador participante, dar opinião”. (T 1)

No Grupo I, os gestores relatam que estão abertos ao diálogo e entendem que há uma participação efetiva do trabalhador nos processos, porém, com certa dificuldade de participação desse trabalhador. Essas evidências são demonstradas nas falas:

“Eles tem total liberdade prá ta mostrando e apontando as falhas junto com a gestão, procurando também as soluções”. (G4)

A mesa de negociação permanente foi feita, começou ainda meio fraca, assim, a participação, a gente convocava, a gente não tinha a participação efetiva dos profissionais, mas que veio melhorando ao longo do tempo”. (G1)

Porém, muitas vezes, apesar de os gestores relatarem que existe espaço de diálogo e negociação, a relação entre gestores e trabalhadores pode estar fragilizada, o que causaria uma ruptura, provocando no trabalhador o desestímulo à participação nos processos de gestão e, como afirma Assis¹⁶, a negociação requer o envolvimento dos sujeitos no processo de construção, com a descentralização do poder decisório.

Os dados confirmam as argumentações de Campos¹⁷, onde há uma necessidade de ter um trabalhador envolvido com seu trabalho, garantindo-lhe autonomia, liberdade e prazer com seu trabalho, sendo que a gestão deve ser compartilhada. Essas ponderações foram também discutidas por Rivera¹⁸, ao tratar da gestão e da liderança, propondo gestão pela escuta, convergindo com Dussault¹⁹, quando se refere a necessidade de criação de espaços de negociação com participação do trabalhador como Sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A precarização das relações de trabalho, a incipiência de um plano de cargos e salários e o distanciamento de uma prática integral e resolutiva abre caminhos para os desinteresses e descompromissos dos trabalhadores com o sistema.

Os resultados encontrados no estudo evidenciam que no cenário escolhido para a pesquisa existem várias formas de vinculação do trabalhador do SUS municipal e no PSF, a

estratégia para a vinculação do trabalhador é o vínculo por CLT, que apesar de ser considerado um atrativo, não garante a estabilidade dos trabalhadores em seus postos de trabalho.

As condições de trabalho nas unidades de saúde carecem de melhorias e, especificamente na zona rural, não atendem às condições exigidas pelo Ministério da Saúde, não atendendo, também, às necessidades dos trabalhadores na sua atividade laborativa.

O vínculo entre o trabalhador e o usuário do SUS encontra-se fragilizado, em parte, pela rotatividade dos profissionais nas equipes e às dificuldades de fixá-los, principalmente nos pequenos municípios, aliados aos instrumentos normativos que busquem a valorização do trabalhador do SUS.

Embora haja espaços de negociação legitimados pelo arcabouço jurídico e institucional, os trabalhadores do SUS no município tem dificuldades em ocupar esses espaços, dificultando os diálogos com os gestores.

Além disso, devido à falta de uma vinculação do trabalhador ao sistema municipal, a gestão teria maior dificuldade em propor mudanças no modelo de atenção, e, em consequência, no processo de trabalho. Nesse sentido, as práticas e produção de serviços de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS estariam comprometidas, muitas vezes, pela falta de qualificação, motivação e envolvimento dos trabalhadores.

Com o avanço dos dispositivos e estratégias necessárias para a ampliação da atenção à saúde nos municípios, faz-se necessário o aumento do número de profissionais de saúde. Essa questão tornou-se fundamental para a oferta dos serviços de saúde, porém sem uma efetiva solução para as dificuldades de contratação de profissionais de forma lícita. A situação de precarização das relações de trabalho coloca os gestores municipais diante de um grande dilema a ser enfrentado.

REFERÊNCIAS

1. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000: (2); 341-360.
2. Antunes R; Alves G. As mutações do mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Revista Educ. Soc.*, Campinas, maio/ago. 2004: 25 (87); 335-351.
3. Pierantoni CR; Varella TC; França, T. Recursos Humanos em Saúde: da Teoria a prática. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises*. vol. 02, 2004.

4. Bourguignon, DR. et al. Recursos Humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, set. / dez. 2003, 27(65) 310-315.
5. Pierantoni, CR; Varella TC; Santos, RS; França T; Garcia AC. Gestão do Trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2008, 18(5)685-704.
6. Koster I. A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro 208 p. Dissertação (Mestrado em saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2009.
7. Carvalho GI; Santos L. Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90), 2 Ed, São Paulo: HUCITEC; 1995.
8. Assis MMA. A Municipalização da Saúde: Intenção ou Realidade? Análise de uma experiência concreta. Feira de Santana: Empresa Gráfica da Bahia, 1998a.
9. Assis MMA. As formas de produção dos serviços de saúde: o público e privado. 313 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 1998b.
10. Assis MMA; Alves JS; Santos, AM. Política de Recursos Humanos e a (Re)significação das práticas dos trabalhadores do SUS: apontamentos para o debate . *Revista Baiana de Saúde Pública*, out.2008, v. 32, p. 7-15.
11. Tomasi et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S193-S201, 2008.
12. Nascimento Sobrinho CL; Carvalho FM; Bonfim TAS; Cirino CAS; Ferreira, IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jan.2006, 22(1)131-140.
13. Nogueira RP. A força de trabalho no contexto da Reforma Sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul/set. 1987, 3(3) 332-342.
14. Rocha ECA; Araújo MAD. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal-RN. *RAP*. Rio de Janeiro, mar./abr.2009, 2(42) 481-517.
15. Rollo AA. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? .In: Santos-Filho SB , Barros MEB (Org.). *Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007 – 272p.

16. Assis MMA. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. *Saúde em Debate*.2003, 27(65)324-335.
17. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: HUCITEC; 2000.
18. Rivera FJU. Análise estratégica e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
19. Dussault G. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. *Educación Médica y Salud*, 2004, 28(4) 478-89.
20. Gupta N y col. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. EN: *International Journal for Equity in Health*; 2003.
21. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
22. Merhy EE. Em busca do tempo: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p.71-112.
23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.

**ARTIGO 03 – O TRABALHO E A EDUCAÇÃO NA SAÚDE: perspectivas
para a valorização do trabalhador do SUS municipal baseadas na Educação
Permanente em Saúde (EPS)**

**O TRABALHO E A EDUCAÇÃO NA SAÚDE: perspectivas para a
valorização do trabalhador do SUS municipal baseadas na Educação
Permanente em Saúde (EPS)**

Josenildo de Sousa Alves

Marluce Maria de Araújo Assis

RESUMO

O estudo analisa a Educação Permanente em Saúde como estratégia de valorização do trabalhador do SUS, tomando como recorte um sistema municipal de saúde do Estado da Bahia, Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. Os sujeitos do estudo foram 14 pessoas, organizados em 3 grupos: dirigentes, trabalhadores de saúde e informantes-chave. O tratamento do material empírico adotado foi a análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciam que a EPS revela-se como potência a ser explorada na valorização do trabalhador do SUS, bem como dispositivo de qualificação do seu trabalho, podendo ser o contraponto para qualificar a gestão do cuidado, cujo grande desafio seria a construção de sujeitos que, de fato, se sintam parte de um sistema integral. Conclui-se que a EPS, apresenta-se como dispositivo de uma nova gestão do trabalho, procurando qualificar os espaços de cuidado, aprofundando o incremento de novas tecnologias, ampliando-se possibilidades de uma co-construção de novos saberes e possibilitando a valorização do trabalhador.

Palavras-chave: Educação permanente em saúde, Trabalhadores em saúde, Educação, Saúde, Trabalho.

**WORK AND HEALTH EDUCATION: Perspective for the worker
valorization of the municipal SUS focused on Educação Permanente em
Saude (EPS)**

ABSTRACT

The study analyzes the Educação Permanente em Saúde as worker valorization strategy of the SUS, researching a municipal health system of Bahia, Brazil. The study is a qualitative research and it has as technique data collecting and semi-structured interview. The subjects of the study were 14 people organized in 3 groups: managers, health workers and key informers. The treatment of empirical material adopted was the analysis of the thematic content. The results show that the EPS reveals a potency to be explored in the worker valorization of the SUS, as well as qualification device of their work capable of being counterpoint to qualify the management care which the great challenger should be the construction of the subjects in order that these workers feel as part of an integrated system. We concluded that EPS is presented as a device of a new working management qualifying the care units, improving new technologies increment, enlarging possibilities of a co-construction of new knowledge and enabling the worker's valorization.

Keywords: Educação Permanente em Saúde, Health workers, Education, Work.

INTRODUÇÃO

Breve resgate da teorização do conceito de trabalho

Acerca da teorização sobre o conceito de Trabalho, não faremos a adoção de uma linha teórica específica, mas com o objetivo de melhor compreender as atividades do trabalho e sua especificidade na área de saúde, apresentaremos a Ergologia como perspectiva de abordagem teórica.

A sociologia busca problematizar o conceito de trabalho, seus significados e sentidos como elementos estruturantes da Sociedade¹. Há diversas características do trabalho que são relevantes por ser imprescindível na constituição psicológica das pessoas e no ciclo das atividades diárias. As elucidações de Giddens¹ trazem uma série de questões que complexificam a atividade do trabalho para além do trabalho, como forma de possibilitar uma remuneração e garantir a subsistência.

A respeito do trabalho, Marx² acrescenta que ele é um processo em que o homem e a natureza participam, onde o ser humano, através do movimento das forças naturais de seu corpo, apropria-se dos recursos da natureza e a transforma e, com isso, transforma-se a si mesmo. A visão marxiana reconhece que o homem modifica a natureza ao tempo que ele se modifica. Nesse sentido, diferentemente do animal, o ser humano antes de transformar sua construção em realidade ele pode idealizá-la.

Baseando-se na obra de Mendes-Gonçalves³, teoriza-se sobre a caracterização tecnológica do processo de trabalho em saúde e problematiza-se o conceito de trabalho como sendo constituído de práticas sociais construídas historicamente. Tratando-se de um trabalho realizado a partir de necessidades oriundas da dinâmica das relações com outras práticas, esse se molda ao atendimento das necessidades sociais no enfrentamento da complexidade desse contexto, sendo constituído de cada momento.

No limite do desenvolvimento de práticas sanitárias resolutivas com a defesa da vida humana, situam-se as próprias necessidades dos agentes promotores de saúde, com o produto do seu trabalho constituído de saber técnico, vivências e experiências que caracterizam o trabalhador da saúde como agente de transformação social.

A abordagem Ergológica do Trabalho

A Ergologia tem se constituído em fonte de inspiração para discutir o trabalho em saúde, pondo em relevo a centralidade da atividade laboral de seus trabalhadores como um ato repleto de singularidade que agrega valores individuais dos sujeitos que empreendem práticas sanitárias e redesenham, a todo instante, novos projetos terapêuticos e formas de agir em seu cotidiano.

Hennington⁴, ao propor uma reflexão sobre a gestão dos processos de trabalho em saúde e tendo como foco os trabalhadores e as contribuições da Ergologia para repensar a produção do conhecimento sobre o trabalho, considera que a melhoria do modelo de atenção requer mudanças do modelo de gestão, de modo que os sujeitos envolvidos assumam papéis de relevância, potencializando o estabelecimento de práticas humanizadas.

Tomando como referência a mesma base teórica, Scherer, Pires e Schwartz⁵, buscam contribuir na discussão acerca do trabalho coletivo em saúde, destacando sua especificidade e as dificuldades de construção e gestão de coletivos de trabalho. Esses autores abordam o ‘trabalho como atividade humana’ que compreende, dialeticamente, a aplicação de um protocolo prescrito e uma perspectiva singular histórica; e mesmo que as formas de organização e de gestão do trabalho sacrifiquem a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade, as ações e atitudes tomadas pelos sujeitos são carregadas de opções pessoais e as ações são reconfiguradas permanentemente pelas escolhas cotidianas dos sujeitos.

A gestão na perspectiva da Ergologia é um fenômeno universal que ultrapassa a dimensão macropolítica e a prescrição de atividades e tarefas. Envolve escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, além de envolver valores que orientam a tomada de decisões pelos trabalhadores no cotidiano. Para a realização de um trabalho, existe sempre uma prescrição que consiste em objetivos definidos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de obtê-los. A prescrição é feita pela sociedade e pela instituição, mas também pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente e em grupo. A prescrição não é apenas a oficial, mas também a oficiosa, a maneira como os trabalhadores se organizam para fazer ou não o que está prescrito⁵.

Para Schwartz e Durrive⁶, a Ergologia é vista como um “pensamento-ação” e busca discutir o trabalho como atividade humana. Assim, consideram que nenhuma atividade pode ser totalmente padronizada e controlada. Sendo assim, o trabalhador se transforma, acompanhando as transformações do mundo, reconfigurando o seu trabalho.

A Ergologia é uma corrente de pensamento, uma forma de ver e analisar o trabalho como atividade humana na sua complexidade. Tem sido utilizada para dar uma nova dimensão de análise na ‘gestão de coletivos’. Busca considerar a perspectiva da construção histórica dos sujeitos (trabalhadores) e profissões. Discute a identidade dos sujeitos e os "usos de si" na execução do trabalho cotidiano.

Os processos de trabalho são desenvolvidos por sujeitos críticos que utilizam de seu corpo [os usos de si] no cumprimento de um objetivo, que é de certa forma, prescrito pela sociedade e a instituição que o tem como "recursos" para desempenhar uma função na organização, porém, na análise dessa atividade laborativa e no desenvolvimento do seu trabalho, não podemos deixar de agregar a ‘subjetividade de quem o realiza’.

Para Schwartz e Durrive⁶, se o trabalho se modifica por aquele que não o realiza, então ele é ruim e é uma forma de penalização do próprio exercício da atividade humana. Partem da premissa que todo ser humano – principalmente no trabalho – procura recompor, em parte, o meio de trabalho em função do que ele é e do que ele desejaria do universo que o circunda. O trabalho, então, seria um tipo de re-criação permanente, mesmo que sejam estimuladas formas padronizadas do trabalho. Sendo assim, consideram que toda situação de atividade de trabalho humano já inclui uma dimensão de transformação. Consideram que a Ergologia constitui-se em um projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho e transformá-las.

Barros e Barros⁷, ao discutirem o trabalho em saúde, insistem na capacidade inventiva do trabalhador resistindo à pura execução. Assim, essa situação de iniciativa e re-criação pode conferir ao trabalhador mais prazer no desenvolvimento do seu trabalho.

Trabalho, Educação e a constituição dos Sujeitos

A sustentação teórica que pavimenta as discussões sobre a relação Trabalho-Educação está circunscrita pela complexidade delineada pela vasta imprecisão teórica da articulação entre as categorias ‘Trabalho’ e ‘Educação’.

Frigotto⁸, ao discutir a construção teórica em torno da relação Trabalho, Conhecimento, Consciência e a Educação do Trabalhador, sinaliza, que, especialmente em nível do sistema educacional e de instituições de formação profissional, há uma “crise de aprofundamento teórico”. Essa ‘crise de aprofundamento teórico’ aponta no sentido da interiorização da concepção burguesa de trabalho, de educação, de formação ou fabricação do

trabalhador. Nessa perspectiva, valores e concepções da sociedade das mercadorias põem-se como limites a essa análise.

Por esta óptica, segundo Frigotto⁸, a ‘concepção burguesa de trabalho’, que iguala o trabalho a uma ocupação, emprego, função, tarefa, dentro de um mercado (de trabalho), opõe-se a compreensão do trabalho como relação social que define o modo humano de existência e, enquanto tal, não se reduz à atividade de produção material para responder à produção e reprodução físico-biológica, pois envolvem as dimensões sociais, estéticas, culturais, artísticas, de lazer, o que se denominaria mundo da liberdade.

A investida de Frigotto⁸ indica um caminho de extrema complexidade que é discutir a relação Trabalho-Educação numa sociedade capitalista à luz de uma construção social e histórica, o que necessitaria transcender a visão do trabalho como coisa, como objeto. Portanto, sinaliza a necessidade de ‘dissolução do carácter de mercadoria da força de trabalho’ e o conjunto de relações sociais no interior do capitalismo e, conseqüentemente, na abolição das fronteiras entre trabalho manual e intelectual. Essa superação intelectual-trabalhador e intelectual-massa se colocaria como condição para instaurar um processo efetivo de conhecimento crítico e de conscientização.

Essa via de interpretação visa alargar a discussão sobre a necessidade de formação do trabalhador que não seja pela via do mercado e sinalizaria outro horizonte teórico que permitisse resgatar a visão de que o conhecimento, a superação do senso comum e a formação da consciência crítica se dão na e pela práxis⁸.

Minayo-Gomez⁹, ao se referir sobre a discussão acerca de Processo de Trabalho e Processo de Conhecimento, salienta que a única via de ultrapassar as diversas ‘manifestações de alienação’ será a transformação radical da sociedade e essa mudança se dará no momento em que se criem as condições favoráveis para que o conjunto de trabalhadores assumam a direção da produção. Sendo assim, isso estaria ligado com a construção de novos sujeitos coletivos, novas organizações que articulem e expressem os interesses diferentes e opostos no modo de produção e apropriação dos bens e serviços.

O trabalho na saúde e as perspectivas da educação permanente

A educação discutida por Freire¹⁰ representaria uma maneira de intervir no cotidiano, constituindo-se, assim, numa forma de habilitar o homem a intervir na realidade.

Nessa prerrogativa, Freire¹¹ discute que a educação libertadora não apenas supõe co-participação e reciprocidade, mas, acima de tudo, constitui-se um processo significativo que é compartilhado por Sujeitos iguais entre si numa relação também de igualdade.

A perspectiva da abordagem de Freire, ao tratar a temática Política e Educação, trazendo uma reflexão política-pedagógica, resgata a historicidade do conhecimento e do significado de reconhecê-lo como uma produção social que resulta da ação e da reflexão, da curiosidade em constante movimento de procura. Por esta ordem, rediscute o ser humano, enquanto histórico, um ser finito, inconcluso e, por isso, um ser ininterruptamente em busca, naturalmente em processo. Portanto, circunscreve que, historicamente, o ser humano foi se constituindo não apenas um ser finito, inconcluso, inserido num permanente movimento de busca, mas um ser consciente de sua finitude. A 'a educação é permanente' na razão do aprender e ensinar como parte da existência humana, histórica e social, como dela fazem parte a criação, a invenção, a linguagem, o amor, o ódio, o espanto, o medo, o desejo, a atração pelo risco, a fé, a dúvida, a curiosidade, a magia, a arte, a ciência, a tecnologia¹¹.

Portanto, o ser humano é um ser programado para aprender, um ser inacabado que busca incessantemente recriar o mundo em que vive, mesmo que reconheça os seus limites, necessitando assim, de processos educativos permanentes que lhes assegurem a reconstrução histórica, inovação e descoberta. E esses processos educativos necessitam de conteúdos, objetivos, métodos, instrumentos tecnológicos que não apenas podem, mas devem variar de espaço e tempo¹¹.

A formação de Sujeitos capacitados ao enfrentamento cotidiano do trabalho, bem como processos de educação permanente para os trabalhadores da saúde, vem sendo discutidos na área de saúde e sinalizam no sentido de um encontro com as concepções teóricas da educação^{12,13,14}.

A educação permanente vista por Freire como uma necessidade cotidiana de busca do ser humano por inovação, criação e descoberta encontram um momento de grande preocupação na agenda da saúde coletiva, pois, via de regra, torna-se um elemento estruturante na redefinição das práticas profissionais e, a grosso modo, a mudança do modelo de atenção à saúde e da organização dos processos de trabalho em saúde.

A EPS constitui em uma estratégia para a qualificação do trabalho em saúde e construção coletiva, de novos modos de agir, já definida no arcabouço jurídico do SUS como: aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho¹⁵.

Nesse sentido, os processos educativos baseados na EPS, enquanto práticas institucionalizadas nos serviços de saúde devem priorizar os problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde, utilizando metodologias centradas na resolução de problemas, serem realizados de forma multiprofissional e que busquem a transformação das práticas, gerando compromissos entre trabalhadores, dirigentes e usuários.

Ceccim¹³ afirma que a EPS constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser o lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, havendo necessidade, no entanto, de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor.

Para Ceccim¹², a EPS ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta (envolvendo agentes, organizações, instituições de ensino e práticas institucionais), até a confirmação do desenvolvimento de competências necessárias à produção de atos sanitários.

Cecílio¹⁶, ao fazer referência ao conceito de “trabalhador moral”, se distancia de uma visão funcionalista que atribui aos trabalhadores à denominação de Recursos Humanos, põe em relevo, que o ponto de partida da condução de mudanças verdadeiras na forma de fazer a gestão e de organizar o cuidado em saúde, deve ser a capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho, antes de propor, aprioristicamente, conceitos e/ou modos muitos prescritivos de fazer a gestão. Assim, o autor argumenta que o trabalhador de saúde que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia de quem cuida.

Abordando a produção do cuidado e a produção pedagógica, Franco¹⁴ possibilita a reflexão de que o trabalho, o ensino e aprendizagem se misturam nos cenários de produção em saúde, sendo que as linhas de produção do cuidado e pedagógica vão desde a atividade de pesquisa na área, a instituição de conceitos inovadores e práticas educacionais variadas, até sua base coletiva ou individual de operadores das práticas cuidadoras. Assim, a idéia seria educar com o objetivo de produzir sujeitos capazes de protagonizar mudanças nos serviços de saúde.

No estado da Bahia, a Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) tem constituído fóruns de discussão sobre a descentralização dos processos de educação permanente articulados com a gestão do trabalho e, segundo Ramos e colaboradores¹⁷, a Superintendência de Recursos

Humanos da SESAB desencadeou o processo de formulação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde (PGTES), envolvendo, diretamente, os dirigentes e equipe técnica dos diversos setores, as instâncias representativas dos diversos atores da política de saúde estadual, notadamente os municípios, através do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e representantes das Universidades.

Nesse contexto, pode-se perceber a importância de articulação de ações para desenvolvimento e valorização do trabalhador, no sentido de propiciar a EPS como dispositivo que potencialize a produção cotidiana dos processos de aprendizagem e reflexões da prática, em nível individual e coletivo. Assim, o presente estudo toma como objeto um Sistema Municipal de Saúde no interior do Estado da Bahia, tendo como dimensões de análise: a participação dos trabalhadores nos processos de EPS e a utilização da EPS como dispositivo de valorização do trabalhador.

Apesar de existirem estudos como os de Ceccim¹²; Ceccim¹³; Franco¹⁴, que evidenciam e destacam a importância da necessidade de mudanças na formação e de educação permanente para os trabalhadores de saúde, há uma escassez de pesquisas que contextualizem essas evidências no SUS municipal, partindo da leitura dos trabalhadores e gestores sobre a questão.

Com base nessas considerações, estabeleceu-se o seguinte objetivo: analisar a EPS como estratégia de valorização e desenvolvimento dos trabalhadores que integram o SUS local.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, uma vez que investiga sobre fenômenos sociais, acontecimentos, fatos históricos e políticos. Buscou-se estabelecer entrecruzamento entre os diferentes sujeitos, no sentido de apreender o cotidiano do processo de EPS no nível municipal.

Optou-se, de acordo com Mendes-Gonçalves³ e Merhy¹⁸, pelo contraste entre aspectos objetivos e subjetivos evidenciados nas representações de seus agentes (gestores e trabalhadores) e como são retratados nos dados empíricos obtidos por meio de suas representações.

O cenário escolhido localiza-se na Mesorregião Centro-Sul baiana, tem uma população estimada para 2010, de cerca de 310.000 habitantes; encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal, possui uma rede de serviços que conta com uma cobertura de 52% de

PSF e também com serviços de média e alta complexidade (Relatório de Gestão 2008). A Secretaria Municipal de Saúde conta com alguns dos dispositivos indutores de mudanças nos processos de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, mantendo uma Escola de Formação em Saúde da Família, desenvolvendo parcerias com instituições de ensino superior (IES) na implementação do Programa de Educação para do Trabalho na Saúde (PET-Saúde). Sua escolha foi feita de forma intencional, pois atende aos critérios da pesquisa proposta a qual esse recorte faz parte.

A técnica de coleta de dados foi a de entrevista semi-estruturada. Foram entrevistadas 14 pessoas, porém o critério numérico não foi o responsável para o estabelecimento da quantidade de participantes no estudo¹⁹, sendo definido pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações e que trouxeram contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão e foram divididos em três grupos: Grupo I (dirigentes - atuam na definição das políticas de GT = 4 pessoas, representados por G1, G2...); Grupo II (trabalhadores de saúde – alocados na ESF = 5 pessoas, representados no texto como T1, T2...) e Grupo III (Informantes-chave = 5 pessoas, representados por I1, I2...). Para o Grupo I, foram selecionados aqueles dirigentes que estavam diretamente envolvidos na formulação das políticas de saúde do município. Para o Grupo II, foram selecionados os que tinham, no mínimo, um ano trabalhando no PSF e, preferencialmente, aqueles que portavam maior experiência no SUS local e, para o Grupo III, foram selecionados aqueles que já haviam feito parte da gestão municipal ou participavam ativamente dos processos de discussão no SUS municipal, em relação ao objeto de análise.

Elaboraram-se questões que nortearam as entrevistas baseadas no objetivo do estudo, sintetizadas nos seguintes pontos: (1) formas de educação permanente incentivadas no SUS municipal; (2) participação do trabalhador nos processos de EPS; (3) avanços e perspectivas da EPS no município; (4) valorização do trabalhador.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e digitadas. Todos os sujeitos receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações sobre a pesquisa e uma autorização para a participação no estudo, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio e outubro de 2009, tendo a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana.

O tratamento do material empírico foi orientado pela análise de conteúdo temática com base em Minayo¹⁹, procurando estabelecer conexões entre os resultados da análise das

entrevistas e o enunciado teórico. Os grupos de entrevistados foram analisados por meio do entrecruzamento das informações, articulando-os com o referencial teórico orientador.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

O trabalho em saúde e suas novas perspectivas de análise

A teorização sobre o conceito de trabalho, na atualidade, é marcada por questionamentos que buscam compreender o trabalho como elemento estruturante da sociedade, da constituição psicológica das pessoas para além do trabalho como forma de possibilitar uma remuneração e garantia de sobrevivência¹. O trabalho, então, representa mais que uma atividade profissional em troca de uma remuneração e não só a remuneração é condição *sine qua non* para a fixação de trabalhadores em seus postos de trabalho. Essa prerrogativa é evidenciada na seguinte fragmento de fala:

Se eu conseguisse outro emprego que oferecesse o mesmo salário (...) o mesmo salário que a gente ganha (...) com a mesma remuneração e carga horária de 40 horas (...) eu digo que quase todos (...) pelo menos os que eu tenho mais contato, os mais próximos (...) eles queriam mudar de emprego (...) a desmotivação é muito grande (T 1)

A valorização das atividades laborais pauta-se na remuneração, e essa idéia, de certa forma, incorpora a ‘concepção burguesa sobre o trabalho’, distanciando do que vem sendo discutido no campo da Sociologia⁸.

O explicitado na fala do entrevistado representa uma grande insatisfação com seu trabalho e *a priori* uma vontade de mudar sua inserção profissional por conta dessa insatisfação, que parece não estar diretamente associada a sua remuneração.

O trabalho em saúde constitui-se de saber técnico no desenvolvimento de atos sanitários e, principalmente no SUS, os trabalhadores portam experiências revestidas de práticas sociais que têm sido construídas historicamente³.

O trabalho coletivo tem especificidades e dificuldades enquanto atividade humana e carrega a singularidade histórica de cada indivíduo, portanto os sujeitos são carregados de opções pessoais e as ações são reconfiguradas permanente pelas suas escolhas cotidianas⁵. Sendo assim, a melhoria do modelo de atenção à saúde requer mudanças no modelo de gestão do trabalho no sentido de buscar sujeitos envolvidos, assumindo papéis de relevância na condução dos processos de gestão, como sinaliza Hennington⁴. Nesse sentido, negligenciar a

legitimidade do trabalhador do SUS na construção do sistema de saúde pode ocasionar a perda simbólica de adesão à proposta do ideário da Reforma Sanitária Brasileira. Essa questão está representada na seguinte representação:

A grande maioria dos trabalhadores tem um comprometimento muito grande com o trabalho, tem uma preocupação não só com o seu, mas com o coletivo, com os colegas, com os trabalhadores, com os que trabalham junto com ele. (...) ainda tem bons companheiros que se preocupam e já levantam essas preocupações nas suas categorias e que depois, em algum momento (...) a gestão tenta podar esses momentos de se reunir (...) quando você se reúne, você se fortalece (T5)

Os trabalhadores do SUS portam experiências, vivências e fazem parte de uma construção histórica e singular. Sentem-se parte de uma trajetória de luta pela universalidade da atenção à saúde e carregam memória institucional no município. Precisam de ‘espaços’, liberdade e movimentos coletivos, no sentido de resgatar seus desejos e continuarem a fazer parte de uma história.

A fala do entrevistado fortalece a afirmativa de que ‘o trabalho’ precisa ser repensado, visando à incorporação de novos conhecimentos e valores que coloquem o trabalhador de saúde como ser constituído de saber, necessidade de participação e re-criação constantes.

A gestão do trabalho pode ser repensada na perspectiva da Ergologia, pois a sua abordagem ultrapassa a dimensão macropolítica e a prescrição de atividades e tarefas, buscando discutir o trabalho como atividade humana na sua complexidade e a construção histórica dos sujeitos, atribuindo relevância à sua identidade e os “usos de si” na execução do trabalho cotidiano^{5,6,7}.

A educação na saúde, a constituição dos sujeitos e perspectivas de valorização

A educação representa uma maneira de intervir no cotidiano, na realidade e na reflexão sobre a esta, já discutida por Freire^{10, 11}. Essa concepção está circunscrita no seguinte fragmento:

“A educação permanente é todo um processo que permite reflexão das práticas do profissional no próprio ambiente de trabalho” (G3)

A representação das falas dos entrevistados põe em evidência a afirmativa do pensamento de Freire^{10, 11} quando refere que a educação é permanente, na razão em que aprender e ensinar fazem parte da existência humana, histórica e social.

Contudo, instituir processos educativos voltados para os trabalhadores passam pela necessidade de dissolução do caráter de mercadoria da força de trabalho e o conjunto de relações sociais no interior do capitalismo e, conseqüentemente, na abolição das fronteiras entre trabalho manual e intelectual^{8,9}.

A formação e os processos de educação permanente em saúde vêm sendo discutidos, apontando o sentido de propiciar mudanças nas práticas profissionais, incorporar novas tecnologias, qualificar e valorizar o trabalho em saúde^{12,13,14}. As argumentações dos autores são evidenciadas nos fragmentos:

A educação permanente é um processo contínuo de qualificação do processo de trabalho. (G2).

É a forma que o trabalhador tem de se desenvolver profissionalmente (...) de buscar se qualificar para o seu trabalho (...) de crescer profissionalmente. (I4)

Nos levou a trabalhar de uma maneira de acordo a necessidade do profissional (...) no que ele tem necessidade de aprender dentro do trabalho (...) eles próprios que sinalizam prá gente tá fazendo essas capacitações (...) então, o que eu entendo é assim: que veio mesmo, assim, prá mudar as práticas (...) fortalecer o trabalhador e mudar as práticas (G4).

Nesse sentido, a EPS constitui-se em ferramenta para o desenvolvimento de competências entres os trabalhadores de saúde, com incorporação de novas tecnologias, no enfrentamento dos problemas do cotidiano, no processo de produção do cuidado em saúde e pode possibilitar a reflexão sobre as práticas profissionais e, de acordo com as entrevistas anteriores, de valorização e fortalecimento do trabalhador.

Avanços e limites da EPS enquanto dispositivo de motivação para o trabalho

A instituição de processos que assegurem aos trabalhadores o desenvolvimento de uma consciência crítica e os façam refletir sobre as suas práticas profissionais, deve considerar a participação dos trabalhadores na construção de propostas que atendem às suas necessidades e as demandas originárias do cotidiano da produção do cuidado.

A análise das entrevistas do Grupo I mostra convergências no que se refere à participação do trabalhador nos processos de construção das propostas de EPS no SUS municipal. Contudo, existem divergências da participação dos trabalhadores nesses processos entre os diferentes grupos, evidentes nos seguintes fragmentos de falas:

Eles próprios é que sinalizam para a gente poder estar fazendo essas capacitações (G4)

Eles formulam lá e vão mandando as coisas (...) vai chegando os ofícios (...) às vezes, alguns cursos eles perguntam o que queriam, só que quando chega na hora de oferecer, eles voltam para as mesmas coisas que a gente já fez (...) são as mesmas coisas que a gente já sabe. (T2).

O trabalhador, ele não participava do planejamento dessas capacitações (...) então, essas capacitações eram sempre promovidas, pensadas e oferecidas pelo núcleo. (I 1).

O conteúdo das falas pode representar fragilidades na participação dos trabalhadores na construção de uma proposta para a conformação de política para o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS local e, como afirma Cecílio¹⁶, o trabalhador pode ver sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização e, assim, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia de quem cuida.

A Política Estadual adotada na Bahia para Gestão do Trabalho e Educação na Saúde¹⁷ tem representado um avanço e uma perspectiva na estruturação da EPS no SUS local e essa afirmativa parece representar, entre os grupos de entrevistados, um avanço na qualificação e motivação do trabalhador. Essa evidência está representada nas seguintes falas:

Houve um avanço pra gente se tornar Técnico de Higiene Dental (THD). Não sei se vai sair esse ano, mas já teve a seleção (...) vão ser seis Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) que vão ter esse curso (...) a secretária de saúde também já disse que todas as ACDs vão ter o curso. Então, eu acho que é um avanço (...) as perspectivas, acho que são positivas (...) porque muitas como eu, entrou sem ter curso nenhum (...), a gente aprendeu na prática, no dia-a-dia. Então, a gente necessita desse curso, dessa profissionalização (T4).

No curso de especialização em Linhas do Cuidado, os professores discutem com os alunos com outra abordagem na educação à distância (EAD) (...) a gestão está bem articulada dando apoio institucional para os profissionais.(G3)

Os avanços nos dispositivos necessários à consolidação de uma proposta para EPS no SUS local devem considerar a necessidade de que todos os envolvidos façam parte dessa construção e estejam participando do processo. No Grupo II, muitos dos trabalhadores demonstram não perceberem perspectivas de mudanças, o que pode ser um fator limitante na motivação do trabalhador. Essa afirmativa pode ser assim evidenciada:

A valorização vem através dos cursos, das capacitações (...) muito raramente, como agora (...) acho que é a primeira vez que mandam um cartãozinho de Natal para a gente (T3)

Não enxergo boas perspectivas. Eu acho que não. Tá difícil. Tá difícil a gente evoluir nesse aspecto (T2)

A Educação como processo permanente pode ser o dispositivo de uma nova prática sanitária, com a valorização do trabalho e do trabalhador, carregando um grande desafio de articular os setores da saúde e da educação e ampliando as possibilidades de uma co-gestão. No cenário escolhido para a análise, existe, atualmente, quatro instituições de ensino superior (entre públicas e privadas) com cursos de graduação na área de saúde; conta com uma Escola de Formação em Saúde da Família, além de programas de reorientação na formação profissional como o PET-saúde. Esses qualificativos conferem ao município uma situação singular e grande oportunidade para qualificação do trabalhador, além de enfrentar os limites impostos pelo financiamento dos processos de EPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A articulação entre o enunciado teórico e os dados empíricos nos instiga ao debate sobre a necessidade de se instaurar processos educativos que desenvolvam o conhecimento e a formação de uma consciência crítica que gere transformações nas práticas profissionais e, sublinearmente, transformem a realidade social.

Os dados da pesquisa denunciam o grande potencial da educação permanente em saúde, enquanto dispositivo de valorização do trabalhador e qualificação do trabalho em saúde, além de revelarem a necessidade que eles façam parte dessa construção.

Os trabalhadores em saúde necessitam desenvolver competências para o enfrentamento dos problemas e demandas sociais e na condução dos processos de trabalho. A produção de bens ou serviços de interesses sociais deve estar subsidiada pelo incremento de novas ferramentas, no sentido de enfrentar as subjetividades do cotidiano do trabalho em saúde e possibilitar aos agentes das práticas, o desenvolvimento de atos sanitários capazes de melhorar a vida das pessoas.

A Ergologia pode subsidiar discussões sobre “novos modelos de gestão”, baseados na premissa que todo ser humano, procurando recompor, em parte, o meio de trabalho em função do que ele é e do que ele desejaria do universo que o circunda. O trabalho, então, seria um tipo de re-criação permanente, mesmo que sejam estimuladas formas padronizadas do trabalho.

Ainda como dispositivo de uma nova gestão do trabalho, além de procurar qualificar os espaços de cuidado, aprofundando o incremento de tecnologias no processo de trabalho,

amplia-se possibilidades de uma co-construção de novos saberes, no sentido de buscar refletir sobre o cuidado no ambiente e no momento da prática, através de equipes mais capacitadas para as mudanças.

Os dados apontam no sentido de considerar a EPS como estratégia para desenvolvimento e valorização do trabalhador do SUS, podendo ser o contraponto para qualificar a gestão do cuidado, cujo grande desafio seria a construção de sujeitos que, de fato, se sintam parte de um sistema integral.

O vetor que deve guiar a adesão dos trabalhadores aos sistemas locais de saúde, e em particular à estratégia de saúde da família à estratégia de saúde da família, constitui-se em um fio condutor para a organização dos processos de gestão e deve ser caracterizada na construção coletiva e baseada na constituição dos sujeitos que, no seu labor, cuidam das pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Giddens A. Sociologia. 4ª. Ed. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa; 2004. 725p.
2. Marx K. O Capital. Vol.1, 14.Ed. São Paulo: Difel; 1994.
3. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
4. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. Rev. Saúde Pública. São Paulo, Jun. 2008, 42(3).
5. Shere MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho Coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Revista Saúde Pública, 43(4): 721-725.
6. Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF; 2007.
7. Barros MB; Barros MEB. Da dor ao Prazer do Trabalho. In: Santos-Filho SB, Barros MEB (Org.). Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007.
8. Frigotto G. Trabalho, Conhecimento, Consciência e a Educação do Trabalhador: Impasses Teóricos e Práticos. In: Minayo-Gomes C, Frigoto G, Arruda M, Arroyo M, Nosella P. Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalhador. 5ª Ed. São Paulo: Cortez; 2004.

9. Minayo-Gomez C. Processo de Trabalho e Processo de Conhecimento. In: Minayo-Gomes C, Frigoto G, Arruda M, Arroyo M, Nosella P. Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalhador. 5ª Ed. São Paulo: Cortez; 2004.
10. Freire P. Pedagogia da Autonomia – Saberes Necessários à Prática Educativa. 30 Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2004.
11. Freire P. Política e Educação. 8ª Ed. Indaiatuba, São Paulo: Villa das Letras; 2007.
12. Ceccim RB. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso de necessário. Interface-Comunic. Saúde, Edu, Botucatu, set.2004/fev. 2005, 9(16) 161-177.
13. Ceccim RB. Educação Permanente em saúde: Descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2005, 10(4) 975-986.
14. Franco TB. Produção do Cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface-Comunic. Saúde, Edu, Botucatu, set/dez 2007,11(23) 427-438.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
16. Cecílio, LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. Interface-Comunic, Saúde, Educ, mai/ago 2007, 11(22) 345-365.
17. Ramos et al. Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente na Bahia: “O SUS é uma escola”. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, 2009, 33(1).
18. Merhy EE. Em busca do tempo: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p.71-112.
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Gestão do Trabalho constitui-se em uma área temática de grande complexidade, tanto na sua concepção teórica, como na prática cotidiana do SUS.

Mesmo havendo movimentos institucionais de Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, no sentido de criar dispositivos indutores de formulações políticas para os trabalhadores do SUS, no cenário municipal, ainda carecem de arranjos capazes de possibilitar aos gestores o enfrentamento do problema e garantirem a presença dos trabalhadores nos processos de negociação para despreciação do trabalho no SUS.

As informações contidas nos dados empíricos do estudo constituem-se em evidências de flexibilização, diferentes formas de vinculação e falta de participação do trabalhador na discussão sobre a gestão do trabalho no SUS local.

A participação dos trabalhadores nos processos de educação permanente pode ser considerada uma perspectiva de valorização do trabalhador e melhor qualificação do trabalho em saúde.

Embora a pesquisa se recorte em um sistema municipal de saúde, a grande maioria dos municípios brasileiros vive esses dilemas relacionados às dificuldades de fixação e vinculação do trabalhador ao SUS, causando a rotatividade de trabalhadores e potenciais perdas para o SUS em seu *locus* de produção do cuidado.

O trabalhador do SUS tem uma importância singular no processo de construção de um sistema integral e resolutivo. Seu trabalho representa “uma atividade humana”, repleta de historicidade e vivências que fazem com que o trabalhador “invente” novas formas de fazer a “gestão de si” para cuidar das pessoas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva** - rede básica de saúde em Ribeirão Preto. 1991. Tese Livre-docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto, 1991.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovane. As mutações do mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Revista Educ. Soc.**, Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. **A Municipalização da Saúde: Intenção ou Realidade?** Análise de uma experiência concreta. Feira de Santana: Empresa Gráfica da Bahia, 1998a.

_____. **As formas de produção dos serviços de saúde: o público e privado.** 313 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998b.

_____. M. M A. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate.** v. 27, n. 65, p. 324-335, 2003.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JORGE, Maria Salete Bessa. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa no campo da saúde. In: SANTANA, J. S. da S (org.). **Pesquisa: técnicas de conhecimento da realidade social.** Feira de Santana: UEFS, 2007 (No prelo).

ASSIS, Marluce Maria Araújo ; ALVES, Josenildo de Sousa. ; SANTOS, Adriano Maia dos. Política de Recursos Humanos e a (Re)significação das práticas dos trabalhadores do SUS: apontamentos para o debate . **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, p. 7-15, out. 2008.

BARROS, Maria Benevides de; BARROS, Maria Elizabete de Barros e. Da dor ao Prazer do Trabalho. In: SANTOS-FILHO Sarafim Barbosa. ;BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde.** Ijuí: Ed. Unijuí, 2007 – 272.p

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes.** 2 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1994.

BLANCHARD, Oliver. **Macroeconomia: Teoria e Política Econômica.** 2ª Ed. Rio de Janeiro, Ed. Campos, 2001, 656p.

BOURGUIGNON, Denise. Rozindo. et al. Recursos Humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 310-315, set. / dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação - Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria No 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº. 2.261**, de 22 de setembro de 2006. Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Cadernos ProgeSUS; 1), Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. 2006. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 14 de dez. de 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM / MS nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-193, jan-mar, 1999a.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.4, n. 2, p.393-403, 1999b.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003a.

_____. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v.10, n.2, p. 7-14, abr./jun. 2003b.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1865-1874, 2007.

CAMPOS, R.T.O; CAMPOS, G.W.S Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 1ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006, p.669-688.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p.1613-1623, jul, 2007.

CANESQUI, Ana Maria. A implantação do Programa de Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 862-870, abr, 2008.

CECILIO, Luís Carlos de Oliveira. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n. 22, p. 345-365, mai/ago 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso de necessário. **Interface-Comunic. Saúde, Edu, Botucatu**, v.9, n.16, p. 161-177, set.2004/fev. 2005a.

_____. Educação Permanente em saúde: Descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, 2005b.

_____. Onde se Lê “Recursos Humanos da Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção de Saúde: Desafios Para a Educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **A Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2005c.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CARVALHO, Guido Ivan de SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde**. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90), 2 ed, São Paulo: HUCITEC, 1995.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

DESSLER, Gary. Administração de Recursos Humanos. 2ª Ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003, 331p.

DUSSAULT, Gilles. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. **Educación Médica y Salud**, v. 28, n. 4, p. 478-89, 2004.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, set/dez 2005.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva.; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 37-54.

FRANCO. Túlio. Batista. Produção do Cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface-Comunic. Saúde, Edu, Botucatu**, v.11, n.23, p.427-438, set/dez 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia – Saberes Necessários à Prática Educativa**. 30 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

FREIRE, Paulo. **Política e Educação**. 8ªed. Indaiatuba, São Paulo – Villa das Letras, 2007.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Trabalho, Conhecimento, Consciência e a Educação do Trabalhador: Impasses Teóricos e Práticos. In: MINAYO-GOMEZ, Carlos; FRIGOTO, Gaudêncio; ARRUDA, Marcos; ARROYO, Miguel; NOSELLA, Paolo. **Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. 5ª Ed. São Paulo: CORTEZ, 2004.

HENNINGTON, Elida Azevedo. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.3, São Paulo jun. 2008.

KOSTER, Isabela. A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro 208 p. Dissertação (Mestrado em saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. 4ª ed. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, 2004, 725p.

GIL, Antonio Carlos Gil. **Gestão de Pessoas: enfoque nos papéis profissionais**. São Paulo: Atlas, 2001, 307p.

LIMA, Luciana Dias; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.10, p.2237-2248, out, 2009.

MARX, K. **O Capital**. 14ª ed. São Paulo, Difel, 1994. v.1.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. Características tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo, Hucitec, 1994.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 71-112.

MINAYO-GOMEZ, Carlos. Processo de Trabalho e Processo de Conhecimento. In: MINAYO-GOMEZ, Carlos; FRIGOTO, Gaudêncio; ARRUDA, Marcos; ARROYO, Miguel; NOSELLA, Paolo. **Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. 5ª Ed. São Paulo: CORTEZ, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes; CARVALHO, Fernando Martins; BONFIM, Tárceo Antonio Silva ; CIRINO, Carlos Adriano Souza ; FERREIRA, Isis Sacramento. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 131-140, jan, 2006.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho no contexto da Reforma Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 3, n. 3, p.332-342, jul/set, 1987.

PAIM, J. S. Recursos humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12 (Sup), p. 1819-1829, 2007.

PIERANTONI, Célia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n. 2, p. 341-360, 2000.

PIERANTONI, Célia Regina, VARELA, Thereza Cristina; FRANÇA, Tânia. Recursos Humanos em Saúde: da Teoria a prática. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises**. Vol. 02, 2004.

PIERANTONI, Célia Regina; VARELA, Thereza Cristina; SANTOS, Ruth dos Santos; FRANÇA, Tânia; GARCIA, Ana Cláudia. Gestão do Trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 685-704, 2008.

PINHEIRO, Roseni. e colaboradores. Demanda em Saúde e Direito à saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes da Práticas de Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **A Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2005.

RAMOS, Marise. Integralidade na Atenção e na Formação dos Sujeitos: desafio para a educação profissional em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **A Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2005.

RAMOS et al. Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente na Bahia: “O SUS é uma escola”. Salvador: Revista Baiana de Saúde Pública, v. 33, n. 1, 2009.

RIVERA, F.J.U. **Análise estratégica e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: 2003, p. 185-244.

ROCHA, Elvin Cristina Araújo da; ARAÚJO, Maria Arlete Duarte. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal-RN. **RAP**. Rio de Janeiro, n. 43, v.2, p.481-517, mar./abr.2009.

ROLLO, Adail de Almdeida. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? .In: SANTOS-FILHO Sarafim Barbosa. ;BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007 – 272.p

SANTOS, Adriano Maia. **Da fragmentação à integralidade**: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2005.

SANTOS, Adriana Maia; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 11. n.1, p. 53-61, 2006.

_____. Rede de relações dos protagonistas da prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.29, n.2, p. 313-325, 2005.

SANTOS, Adriano Maia. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.75-85, 2007.

SANTOS, Nelson Rodrigues. O desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos e das estratégias para visualização de rumos: a necessidade de acompanhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 429-436, 2007.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói, editora EdUFF, 2007, 308p.

SHERE, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho Coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-725.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. In: TEIXEIRA, Carmen F.; SOLLA, Jorge José S.P. **Modelos de atenção à saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba, 2006.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos; SOTER, Ana Paula Menezes; FERNANDES, Afra Suassuna; PALMA, José João Lanceiro de. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.7,n.4, p.495-502, out. / dez., 2007.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: - (Org.) **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 17-46.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa ação**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2000.



TOMASI et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S193-S201, 2008.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VARELLA. Thereza Christina; Piarantone, Célia Regina. Mercado de Trabalho: Revendo conceitos e Aproximando o Campo da Saúde. A Década de 90 em Destaque. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.3, p. 531-544, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

| | | |
|--|--|---|
|  | <p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS) NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA – NUPISC UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA) INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE - IMS COORDENADORAS: PROFª D^{ra} MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS (UEFS) PROFª Ms. POLIANA CARDOSO MARTINS (IMS UFBA)</p> |  |
| <p>PESQUISA: GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA</p> | | |
| <p>ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURA: DIRIGENTES E TRABALHADORES SUS</p> | | |

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Código do entrevistado: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Formação profissional: _____
 Tempo de formação: _____
 Local de Trabalho _____
 Função que exerce _____
 Tempo que atua na função: _____
 Outro(s) vínculo(s) empregatício(s): _____ Qual (is)? _____

2. ROTEIRO TEMÁTICO

2.1 Educação Permanente em Saúde

- A. Compreensão sobre Educação Permanente em saúde.
- B. Capacitações ou outras formas de educação permanente (atualização, aperfeiçoamento, pós-graduação) incentivadas ou realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde.
- C. Participação do Trabalhador como sujeito no desenvolvimento da EPS.
- D. Envolvimento ou não do trabalhador no processo de discussão da Política de Educação Permanente para o SUS local.

- E. Limites, avanços e perspectivas da Educação Permanente em saúde no Município.
- F. Contribuições do(a) entrevistado(a) para o aprimoramento da Educação permanente em saúde no Município.

2.2 Gestão do Trabalho no SUS Municipal

- A. Estratégias de vinculação (vínculo empregatício - contrato temporário, CLT, Estatutário) dos trabalhadores do SUS no município.
- B. Processos de seleção dos trabalhadores (concurso, seleção pública, indicação, entre outros).
- C. Inserção do trabalhador na Rede SUS local (adaptação, informações, educação em serviço, entre outras)
- D. Remuneração e as suas condições de trabalho dos trabalhadores do SUS local.
- E. Ações ou não de valorização do trabalhador do SUS.
- F. Participação, contribuição e articulação dos trabalhadores e gestores no SUS local.
- G. Espaço permanente ou não de negociação (entre trabalhadores e gestores) para discutir a Gestão do Trabalho (relações empregatícias, de vinculação do trabalhador ao sistema e um plano de cargos, carreiras e salários) no SUS.
- H. Limites, avanços e perspectivas da Gestão do Trabalho no SUS municipal.

2.3 Outros comentários

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Marluce Maria Araújo Assis (pesquisadora - responsável) e Josenildo de Sousa Alves (pesquisador colaborador) estamos convidando você a participar de uma pesquisa sobre a Gestão do Trabalho e a Educação Permanente em Saúde no município que você atua (Vitória da Conquista), procurando discutir a vinculação do trabalhador no SUS municipal e as relações estabelecidas entre trabalhadores e dirigentes para compor a agenda política local. Os resultados obtidos poderão contribuir para a discussão e reflexão do papel do trabalhador no sistema de saúde municipal. Se você concordar, suas respostas serão gravadas ou registradas em roteiro orientador, que você poderá ter acesso, para retirar e/ou acrescentar informações. O material coletado será organizado em um banco de dados pelos pesquisadores e bolsistas de Iniciação Científica do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), após organização do banco de dados o material será destruído. Os pesquisadores asseguram o seu anonimato, isto é, ninguém saberá que foi você quem respondeu às perguntas, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, tendo como **benefícios** proporcionar reflexões críticas sobre a política de recursos humanos no SUS municipal e redefinir rumos para a valorização do trabalhador no cenário local. Os possíveis **riscos** estão relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores de saúde e dirigentes do SUS de estarem sendo fiscalizados ou auditados. No entanto, os sujeitos poderão a qualquer momento desistir de participar da pesquisa ou anular este consentimento em qualquer fase, caso decidam, de forma que se evite que seu depoimento sofra consequência danosa na expressão livre de suas opiniões.

No momento em que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através dos telefones (75) 3224-8162 no Centro de Pós-Graduação em Saúde coletiva da UEFS – Módulo VI – NUPISC. Km-03, BR-116. Campus Universitário em Feira de Santana – BA.

Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para relatórios de pesquisa, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Se você concordar, por sua livre vontade, em participar da pesquisa, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

_____, _____ de _____ de _____ .

Nome: _____

Assinatura do Entrevistado(a): _____

Prof.^a. Dr.^a. Marluce M.^a. A. Assis (Pesquisadora responsável): _____

Josenildo de Sousa Alves (Pesquisador colaborador): _____

ANEXO

ANEXO A**LISTA DE DOCUMENTOS**

Documento 1: Plano Municipal de Saúde 2006-2009

Documento 2: Relatório de Gestão 2008

Documento 3: Plano de Carreiras Cargos e Salários da Prefeitura Municipal

Documento 4: Estatuto dos Servidores da Associação de Apoio