UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Gestão do Trabalho em Saúde: revisão da literatura por
meio de *scoping review*

Dirce Laplaca Viana

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof.^a Dr.^a Cleide Lavieri Martins

São Paulo

2013

Gestão do Trabalho em Saúde: revisão da literatura por meio de *scoping review*

Dirce Laplaca Viana

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof.^a Dr.^a Cleide Lavieri Martins

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

À minha querida mãe, que me ensinou a ser forte e lutar, para que as conquistas da vida tivessem um sabor especial. Mãe, você é a minha grande fonte de inspiração!

Aos meus irmãos, Joseval e Joseane, aos meus cunhados Zuleica e Marcelo e aos meus sobrinhos Daniela, Lucas e Sofia que souberam compreender meus momentos de ausência e, mesmo de longe, torciam por mim.

Ao meu pai, que em sua loucura me ensinou a valorizar os pequenos momentos que a vida proporciona.

Ao Gugu, meu grande amor, que soube compreender minha longa ausência e os momentos de pouca dedicação. Gugu, eu sou o que sou porque você sempre esteve comigo. Te amo!

AGRADECIMENTOS

À Professora Cleide, que transformou suas orientações em momentos prazerosos de conversa. Essa pesquisa foi regada de compartilhamentos que estarão sempre em minha memória.

Aos membros da banca: Prof.^a Dr.^a Regina Maria Giffoni Marsiglia, Prof.^a Dr.^a Sayuri Tanaka Maeda e Prof.^a Dr.^a Aurea Maria Zollner Ianni, por aceitarem o convite e dedicarem parte do seu tempo em ler e contribuir de maneira tão importante para minha vida acadêmica. Especial agradecimento ao Professor Paulo Frazão, que me fez amadurecer como pesquisadora e que se dedicou para que esse trabalho se concretizasse.

Aos profissionais da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública/ USP pela incomparável cordialidade, em especial ao bibliotecário José Estorniolo Filho, pelas sábias e imprescindíveis orientações.

Aos amigos da Yendis Editora, em especial à equipe do Departamento Editorial que acompanhou de perto cada passo dessa jornada e ao Roberto Marques (Beto) pela torcida incondicional e pela amizade verdadeira.

Aos amigos que estiveram comigo em algum momento dessa caminhada, agradeço pelas palavras de ânimo ou pelo silêncio enquanto ouvia minhas angústias.

À Deus, pelo seu imenso amor e por olhar por mim mesmo quando eu não olhava para Ele!

**QUEM JULGA TER ATINGIDO A META,
NEM INICIOU AINDA A JORNADA.
(LAO-TSÉ)**

VIANA, D. L. **Gestão do trabalho em saúde:** revisão da literatura por meio de *scoping review*. 2012. 170p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

No setor saúde no Brasil, o termo “gestão do trabalho” passou a ser utilizado principalmente após a 12ª Conferência Nacional de Saúde, por haver críticas ao termo “gestão de recursos humanos”. Entretanto, o que é gestão do trabalho em saúde? O que se tem produzido no Brasil a respeito desse tema? Como essa expressão vem sendo utilizada na produção científica brasileira? Esta pesquisa busca analisar a produção científica publicada em periódicos brasileiros com relação à incorporação da expressão “gestão do trabalho em saúde”. Foi realizado um “*scoping review*” na base de dados Lilacs, com exclusão de teses, livros, estudos sem resumo, estudos repetidos, monografias e documentos governamentais. Foram encontrados 495 estudos, submetidos a critérios de inclusão e exclusão por três juízes, 74 artigos foram considerados na íntegra para mapeamento. Dos artigos mapeados, 34 foram selecionados para pesquisa. Com relação às características dos estudos, os especialistas do Sudeste e Sul brasileiros produziram mais artigos sobre o tema, com abordagem metodológica predominantemente qualitativa publicados nos periódicos Cadernos de Saúde Pública e Ciência & Saúde Coletiva. Tais publicações apresentaram crescimento numérico principalmente após 2006, com a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Com relação à incorporação, os dados extraídos resultaram

no mapeamento de cinco temas: conceito de “gestão do trabalho em saúde”, formulação de políticas, participação dos trabalhadores nos processos de trabalho (desalienação e autonomia), precarização do trabalho e desafios para o gestão do trabalho em saúde. Apesar do consenso a respeito da complexidade conceitual da expressão, são explorados aspectos distintos, de acordo com a interpretação de cada autor com destaque para alguns desafios na gestão do trabalho em saúde: novas exigências na qualificação profissional, equipes heterogêneas de trabalho, presença predominantemente da mulher no mercado de trabalho, burocratização e predomínio de rotinas e protocolos. As discussões teóricas são amplas mas as aplicações práticas são escassas, restando um questionamento que não foi totalmente desvelado: gestão do trabalho em saúde, uma mudança terminológica ou de paradigma?

Descritores: Mercado de Trabalho; Recursos Humanos; Administração de Recursos Humanos; Administração de Recursos Humanos em Saúde; Gestão do Trabalho na Saúde; *Scoping Review*.

VIANA, D. L. **Gestão do trabalho em saúde:** revisão da literatura por meio de *scoping review*. **Work management in healthcare:** literature review by *scoping review*. 2012. 170p. Thesis (Doctorate in Public Healthcare) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ABSTRACT

The expression “work management in healthcare” has been used mainly after the 12^a National Conference of Health, because the expression “human resource management” was being criticized. However, what is work management in healthcare? What has been done concerning this issue in Brazil? How is this expression being used by the Brazilian scientific production? This research aims to analyze the scientific production published in Brazilian journals and related to the expression “work management in healthcare”. A scoping review was made using the LILACS database as a reference, with the exception of thesis, books, papers without abstract, duplicate studies, monographs and governmental documents. 495 studies were found and subjected to inclusion and exclusion criteria by three judges; 74 articles were fully considered for mapping. From the mapped articles, 34 were used for research. Regarding the studies’ characteristics, specialists from the Brazilian South and Southeast areas produced more papers about the issue on journals such as *Cadernos de Saúde Pública* and *Ciência & Saúde Coletiva*, with the predominance of qualitative methodological approach. These publications presented numerical growth especially from 2006 onwards, after the 3rd National Conference of Work Management and Education in Healthca-

re. Regarding the expression usage, the extracted data resulted on the mapping of five topics: concept of “work management in healthcare”, policy formulation, participation of workers in the work processes (disalienation and autonomy), precarious work and challenges for the work management in healthcare. Despite the consensus about the conceptual complexity of such expression, distinct aspects are explored according to each author’s interpretation highlighting some challenges for work management in healthcare: new job requirements, many kinds of professionals in work team, women in the labor market bureaucratization, routines and protocols. The theoretical discussions are broad and the practical applications are scarce, generating a question that was not completely answered: does work management in healthcare represent a change of terminology or paradigm?

Descriptors: Job Market; Human Resources; Personnel Management; Health Personnel Management; Work Management in Healthcare; Scoping Review.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 O TRABALHO NO MUNDO	16
1.1.1 O Trabalho no Mundo: Peculiaridades do Setor Saúde.	29
1.2 O TRABALHO NO BRASIL	38
1.2.1 O Trabalho no Brasil: Peculiaridades do Setor Saúde.	45
1.3 PROBLEMA DE PESQUISA	53
2. OBJETIVOS	55
2.1 OBJETIVO GERAL	55
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	55
3. MÉTODO.	56
3.1 TIPO DE ESTUDO	56
3.2 IDENTIFICAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA	63
3.3 IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES.	64
3.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS.	67
3.5 MAPEAMENTO DOS DADOS	71
3.6 COMPARAÇÃO, RESUMO E RELATO DOS RESULTADOS	77
4. RESULTADOS	79
4.1 INFORMAÇÕES GERAIS DAS PUBLICAÇÕES	79
4.1.1 Instituições de Vínculo dos Autores que Publicaram Estudos sobre Gestão do Trabalho em Saúde	79
4.1.2 Autores que Publicaram Artigos Sobre Gestão do Trabalho Em Saúde.	81
4.1.3 Periódicos que Publicaram Artigos sobre Gestão do Trabalho em Saúde	83
4.1.4 Ano de Publicação dos Artigos Sobre Gestão do Trabalho em Saúde	84
4.1.5 Principais Descritores e Palavras-Chave Listadas nos Estudos Sobre Gestão do Trabalho Em Saúde.	85
4.1.6 Abordagens Metodológicas e Tipos de Pesquisa dos Estudos Sobre Gestão do Trabalho Em Saúde.	89
4.1.7 Estudos Referenciados Nos Artigos Sobre Gestão do Trabalho em Saúde	90
4.2 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: O USO DA EXPRESSÃO	92
4.2.1 Conceito de Gestão do Trabalho AM Saúde.	92

4.2.2	Formulação de Políticas em Gestão do Trabalho em Saúde . . .	100
4.2.3	Participação dos Trabalhadores nos Processos de Trabalho: Desalienação e Autonomia	112
4.2.4	Precarização do Trabalho	123
4.2.5	Gestão do Trabalho em Saúde e seus Desafios.	130
5.	DISCUSSÃO	141
6.	CONSIDERAÇÕES	148
7.	REFERÊNCIAS	154

ANEXO

Anexo 1 – Formulário de mapeamento de dados.	166
Anexo 2 – Estudos selecionados	168

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ARH	Administração de Recursos Humanos
CADRHU	Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEE	Comunidade Econômica Europeia
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
Dedalus	Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo
DEGERTS	Departamento da Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IDORT	Instituto de Organização e Racionalização do Trabalho
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBE	Medicina Baseada em Evidências
Mercosul	Mercado Comum do Sul
MS	Ministério da Saúde
Nescon	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
ObservaRH	Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCCS	Planos de Carreira, Cargos e Salários
PGTES	Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde
PIACT	Programa Internacional para o Melhoramento das Condições de Trabalho
PNRHS	Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

1

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios, o trabalho consiste em uma condição inexorável da existência humana porque é condição para sua constituição como ser social. Ao longo de milhões de anos, foi o meio pelo qual o homem se diferenciou e constituiu-se como ser humano. O trabalho é, portanto, considerado como uma atividade por meio da qual o homem transforma a natureza e é transformado por ela, com a finalidade de satisfazer suas necessidades (LUCKACS, 1979).

Para que o trabalho pudesse constituir base dinâmico-estruturante de diferenciação dos seres vivos, foi indispensável que a reprodução orgânica se desenvolvesse em determinado grau. Nesse processo, surgiu não apenas um certo tipo de trabalho, mas a divisão sistemática do trabalho se fixou efetivamente como diferenciação biológica do homem com relação às demais espécies. Essa divisão, todavia, foi a consequência mais elementar do desenvolvimento do próprio trabalho (LUCKACS, 1969).

Porém, a sociedade capitalista transformou o trabalho, até então considerado como elemento de sociabilidade humana, em trabalho assalariado, alienado e “fetichizado”, passando a ser visto como meio de subsistência onde a força de trabalho passou a ser vista como mercadoria que tem a capacidade de criar novas mercadorias e, assim, valorizar o capital. Como resultado desta mudança

conceitual, o trabalhador perdeu sua função predominante como ser social e passou a desempenhar uma função produtiva e muitas vezes alienada (ANTUNES, 2008).

Com relação ao processo de trabalho, este pode ser analisado sob dois aspectos, o aspecto técnico e o de prestação de serviço. O processo de trabalho em sua direcionalidade técnica, que envolve equipamentos e força de trabalho, está subordinado à uma análise macroeconômica geral explicitada por Marx em sua obra *O Capital*. Nesta obra, Marx apresenta elementos que aproximam o processo de trabalho em geral ao processo de trabalho em saúde, incluindo as questões econômicas e a dinâmica das trocas, também presentes no setor saúde (NOGUEIRA, 2000).

No que diz respeito ao processo de trabalho como prestação de serviço, pode-se afirmar que o trabalho em saúde apresenta algumas peculiaridades que o diferencia do trabalho na indústria ou de tantos outros processos de prestação de serviço. Nesse caso, particularmente, na economia clássica, no século XIX, os serviços ainda não se conformavam como atividade decisiva na dinâmica capitalista.

Atualmente, os serviços de saúde são parte integrante do capitalismo moderno e recebem destaque nessa forma de sociedade que se baseia na proeminência do trabalho centrado em prestação de serviços. Porém, esse cenário somente foi observado a partir da década de 1980, quando as economias mundiais apresentaram mudanças estruturais significativas com aumento da internacionalização das atividades econômicas e, entre outras mudanças, a integração da produção

manufatureira com a de serviços. Consequentemente, ocorreu a intensificação da comercialização de serviços, que passaram a ser reconhecidos como comercializáveis (KON, 2006).

Segundo KON (2006), especialmente no Brasil, os serviços que mais se destacam são os serviços de limpeza doméstica, oficinas mecânicas, cabeleireiros, lavanderias, locação de veículos, redes de *fast-food*, serviços hospitalares, equipamentos em domicílio, entre outros.

Outro aspecto importante a ser considerado é que a produção do serviço depende das interações entre as pessoas, de tal maneira que a ação de uns influencia o comportamento dos outros (ASSUNÇÃO E JACKSON FILHO, 2011).

De acordo com NOGUEIRA (2000), quando se fala do trabalho em saúde é necessário considerar três aspectos fundamentais, que se complementam e interagem.

Em primeiro lugar, por se tratar de um processo, o trabalho na saúde compartilha características comuns a processos que se dão em outros setores econômicos, como a indústria. Depois, por ser uma tarefa pautada na assistência, caracteriza-se como um serviço. Por fim, toda assistência à saúde é um serviço que se caracteriza no intenso inter-relacionamento pessoal. Pode-se considerar que existem outros serviços que dependem da inter-relação pessoal, porém, na saúde essa relação é particularmente forte e decisiva para obtenção da eficácia do processo.

Podemos também ressaltar que esse serviço não se realiza sobre objetos, mas com pessoas e, mais especificamente, com base em uma relação em que o usuário faz parte do processo de trabalho. Neste caso é o consumidor quem fornece valores de uso fundamentais ao processo de trabalho, como exemplo, sua história pregressa, suas queixas, sinais e sintomas, tornando-o, dessa forma, ativo participante para o resultado satisfatório do processo de trabalho (NOGUEIRA, 2000).

Além disso, apesar do processo de trabalho em saúde apresentar direcionalidade técnica, necessita ser adaptado para cada cliente dependendo de suas necessidades e especificidades, sendo assim, o serviço em saúde necessita de constantes adaptações e não pode ser completamente padronizado.

Portanto, para desenvolver uma reflexão mais aprofundada a respeito do processo de trabalho em saúde e de sua gestão, faz-se necessário analisar a história do trabalho no âmbito internacional e nacional com enfoque, *a priori*, generalizada e, *a posteriori*, com foco na saúde.

1.1. O TRABALHO NO MUNDO

Do período Paleolítico até a Idade dos Metais (de 4.000 a.C. até 3.500 a.C.) o trabalho era exercido coletivamente com o objetivo de sobreviver, ou seja, a relação de dominação não existia nas relações de trabalho, pois era dividido entre as pessoas de acordo com a estrutura física, gênero e idade (KNAPIK, 2004).

Pode-se afirmar, então, que a divisão do trabalho a partir do gênero do indivíduo estipulou atividades diferenciadas entre homens e mulheres como, por

exemplo, as atividades de plantio e artesanato exercidas pelas mulheres e as de caça exercida pelos homens sem, por isso, estabelecer desigualdades sociais entre homens e mulheres.

Esse trabalho passou a gerar excedentes de artesanato e alimentos despertando em alguns indivíduos a possibilidade de detenção do poder. Iniciaram-se, assim, as disputas por terras que passaram a ser consideradas propriedades privadas e determinaram a existência de desigualdades nas situações em que os detentores da propriedade da terra eram uma minoria privilegiada.

A Idade Média, ou Idade Medieval, que teve início no século V (476 d.C.) e terminou no século XV (1453), foi marcada pelo trabalho de estrutura familiar que iria predominar como forma de trabalho até o pré-Modernismo (1902 – 1922), apesar de ainda hoje ser possível identificar essa estrutura de trabalho. Nesse sistema, a inserção familiar constituía o mecanismo fundamental do trabalho, ou seja, o *pater familiae* exercia um papel indiscutível sobre todos os que viviam sob o mesmo teto, incluindo os serviçais. Nesses termos, as segmentações sociais eram fortíssimas, reforçadas por normas jurídicas vigentes e justificadas pelas instituições religiosas como derivadas da natureza humana ou da vontade divina (KNAPIK, 2004; FREIRE, 2009).

Ainda segundo esses autores, o trabalho, muitas vezes, era exercido no lar com a ajuda de crianças, jovens e mulheres sob valores tradicionais e práticas culturais muito estáveis, mas também com a transmissão entre gerações do patrimônio familiar, que podia ser fortalecido por matrimônios bem-sucedidos ou enfraquecido por infertilidade, doença ou outra desgraça.

Os patrimônios citados por FREIRE (2009) poderiam incluir propriedades, direitos, moedas, mobiliários, negócios, oficinas, manufaturas, terras próprias (férteis ou não), direitos de arrendamento, mercadorias, ferramentas ou segredos de ofícios transmitidos de pais para filhos. O tipo de patrimônio variava de acordo com a atividade e classe da família (aristocrática, burguesia urbana, agricultores, burguesia artesão e comerciante, entre outras).

Assim, aqueles que meramente subsistiam (exclusiva ou predominantemente) graças a uma remuneração, em troca da sua atividade de trabalho, em empregos precários (porque eram contratados por jornada, semana, empreitada ou tempo indeterminado) na agricultura, na indústria, nas atividades marítimas ou portuárias, em obras públicas, em tarefas domésticas, entre outras, eram minoria. Constituíam, sobretudo, um conglomerado de grupos dispersos sem qualquer traço de consciência de interesses comuns, que apenas pleiteava com outras minorias – os vendedores ambulantes de pequenas bugigangas ou utilidades, as crianças de rua e os mendigos, maltrapilhos ou meliantes – na identidade comum e desprezível do “povoléu” ou “arraia miúda” (FREIRE, 2009).

O século XVIII na França foi marcado por contradições entre o feudalismo e o capitalismo emergente criando um cenário de escravidão dos trabalhadores com exigência máxima do esforço físico para as tarefas agrícolas e artesanais. As jornadas de trabalho eram excessivas, reguladas pela luz solar e pelas condições climáticas (KNAPIK, 2004; FREIRE, 2009).

Na Revolução Francesa (1789) foram proclamados os “direitos do homem e do cidadão” que desencadearam mudanças no trabalho com a constituição do

estado de direito democrático em um contexto de evolução das sociedades e das economias modernas. Como resultado dessas mudanças, tanto o feudalismo, os poderes pessoais absolutos, o tribalismo e as autarquias mais isoladas foram progressivamente sendo extintas (FREIRE, 2009).

Do século XVI até meados do XIX, as elites da Europa ocidental entraram em uma fase de desenvolvimento tecnológico que lhes assegurou o domínio de poderosas forças naturais, de fontes de energia cada vez mais potentes, de novos meios de transporte e comunicação, de armamentos e conhecimentos especializados. Esse processo de desenvolvimento tecnológico ocorreu principalmente durante o século XIX, com a chamada Revolução Científico-Tecnológica (SEVCENKO, 2001).

Deu-se início então à “era industrial”, com um crescimento exponencial do emprego de novas técnicas e materiais nas fábricas e manufaturas. Com o aumento e a centralização da produção nas fábricas, os trabalhadores perdem o controle que tinham sobre o processo de trabalho. O patrão, ou gerente, se apropria do trabalho, controlando o seu ritmo, sua jornada e seu valor¹ (PIRES, 1996).

O princípio taylorista, também conhecido como Teoria da Administração Científica, tinha como proposta básica o aumento da produção pela eficiência do nível operacional. Para tanto, eram preconizadas a divisão do trabalho, a especialização do operário e a padronização das atividades e tarefas por eles de-

1 Esse controle do trabalho estava baseado na Teoria da Administração Científica de Frederick W. Taylor (1856-1915) que tinha como principal objetivo o controle máximo da produtividade por meio de métodos e sistema de racionalização do trabalho e disciplina do conhecimento operário (MATOS e PIRES, 2006). No taylorismo, o controle do trabalho passa a estabelecer de que maneira o trabalho precisa ser executado e em que ritmo. Os princípios tayloristas de organização do trabalho foram iniciados nos EUA (PIRES, 1996).

envolvidas. Assim, o operário passava a ter cada vez menos conhecimento do que constituía o seu trabalho para saber cada vez mais a respeito da parte que lhe cabia (KURCGANT, 1991).

A invenção das primeiras máquinas no século XVIII desencadeou a Primeira Revolução Industrial marcada pela revolta dos trabalhadores que temiam serem substituídos por máquinas e, dessa forma, resistiam às mudanças quebrando as máquinas, lutando por seus direitos por meio de associação a sindicatos, faltando ao trabalho e fugindo do controle do gerente. Esta revolta fez com que os empresários capitalistas pensassem em novas formas de organizar o trabalho, adequando os processos aos novos meios de produção (PIRES, 1996; KNAPIK, 2004).

De acordo com PESSOA (2000), nessa época, a Europa, preocupada com a situação desfavorável dos trabalhadores, se mobilizava em encontros organizados com o objetivo de discutir a internacionalização das normas de proteção ao trabalhador: Congresso Internacional de Bruxelas (1856), Congresso Internacional de Frankfurt (1857), Assembleia Internacional dos Trabalhadores (em Londres, 1864), Congresso Trabalhista de Lyon (1877), Congresso Operário de Paris (1883), Congresso Internacional Operário (1884), Conferência de Berlim (1890) e Conferências de Berna (1905 e 1906).

Outra mudança importante apontada pelo autor diz respeito a dois industriais tidos como os precursores da ideia de uma legislação internacional do trabalho: o inglês Robert Owen e o francês Daniel de Le Grand, no começo do século XIX. Em 1818, Owen enviou cartas aos soberanos dos Estados da Santa

Aliança, reunidos em Aix-la-Chapelle, para que tomassem medidas que melhorassem a sorte dos trabalhadores; preconizava, assim, uma ação internacional com vistas a difundir as experiências postas em prática em sua empresa. Entre 1840 e 1855, Le Grand propôs aos governantes franceses e aos principais países da Europa a adoção de uma lei internacional do trabalho (PESSOA, 2000).

A necessidade de repensar os processos de trabalho deu-se também porque a incorporação de máquinas no processo produtivo desencadeou crises de hiperprodução setorial e, conseqüentemente, culminou na entrada maciça de mulheres e crianças em certos ramos da indústria e, como resultado deste processo, levou à condições laborais e de vida muitas vezes deploráveis (que levavam ao alcoolismo, à prostituição, à criminalidade etc.), forçando a intervenção das autoridades públicas, também estimuladas pelas críticas da opinião socialista e pelas recomendações doutrinárias das igrejas cristãs. Houve, então, a necessidade de uma regulamentação jurídica dos direitos trabalhistas que culminou com o surgimento do Direito do Trabalho (PESSOA, 2000; FREIRE, 2009).

O Direito do Trabalho, orientado para defender a parte mais fraca no contrato de trabalho de concepção liberal, concedia ao trabalhador um mínimo de garantias contra as demissões por meras razões econômicas ou decorrentes do arbítrio patronal, protegendo-o do esgotamento pela limitação das horas laborais. As empresas foram obrigadas a melhorar as condições de higiene e segurança, e foram criados sistemas de pensões, de reforma e de seguro contra acidentes ou desemprego, com definição de critérios mais apertados para categorias frágeis de trabalhadores, como os menores e as mulheres (FREIRE, 2009).

Em Portugal, por exemplo, o preâmbulo do Decreto de 14 de abril de 1891, pela primeira vez, regulamentou a idade mínima de admissão, as horas de trabalho e descanso, o trabalho noturno, os trabalhos subterrâneos, a higiene e segurança para as mulheres e crianças, fazendo referência “à cobiça natural das empresas que desejavam investir pouco na mão de obra, obtendo grandes resultados na produção” (RAMALHO, 1979).

No século XIX na Inglaterra Industrial, Marx dividiu e caracterizou a “força de trabalho” assalariada em três frações de igual representatividade; duas delas estavam lotadas na indústria (minas, metalúrgica e têxtil) e faziam multiplicar todo o capital investido; a terceira fração era denominada como “improdutiva”, constituída pelos serviços das “classes altas” e, portanto, inútil para a contestação política e para produção de capital. Os trabalhadores da indústria, porém, eram suficientes para sustentar a nova questão social à procura da sua própria revolução (FREIRE, 2009).

Em 1913, Henry Ford implementa a tecnologia da linha de produção de automóveis com a instalação de esteiras, assim, o trabalho deixou de ser controlado pelo gerente para ser controlado pela própria máquina, ou seja, a velocidade da esteira e o ritmo da máquina ditavam a velocidade de trabalho do homem com redução da necessidade de pensamento e de movimentação. No processo de trabalho, o homem passa ser subordinado à máquina. O fordismo passou a instituir o pagamento por dia e por hora trabalhados já que o rendimento do trabalho era totalmente controlado (PIRES, 1996).

O que havia em especial em Henry Ford, e que em última análise distingue o fordismo do taylorismo, era o reconhecimento explícito de que produção em massa significava consumo em massa, um novo sistema de reprodução da força de trabalho, uma nova política de controle e gerência do trabalho, em suma, um novo tipo de sociedade racionalizada. Em muitos aspectos, as inovações de Ford eram mera extensão de tendências bem estabelecidas, condição que levou muitos analistas a considerarem que a contribuição do fordismo não foi além da racionalização de velhas tecnologias e uma detalhada divisão do trabalho pré-defendida por Taylor.

Na passagem para o século XX, pode-se afirmar que o mundo já era praticamente assim como o conhecemos. O otimismo, as conquistas e a expansão da Europa e a confiança no progresso haviam atingido seu ponto mais alto desde então. Porém, em 28 de julho de 1914, o horror engolfou a história: teve início a Primeira Guerra Mundial que apresentou um cenário jamais visto. Os novos recursos tecnológicos utilizados para melhorar as condições estafantes do trabalho também possibilitaram um efeito de destruição em massa, pois nunca tantos morreram tão rápido em tão pouco tempo. Essa escala de destruição somente seria superada por seu desdobramento histórico, a Segunda Guerra Mundial (SEVCENKO, 2001).

Durante a Primeira Guerra Mundial, houve escassez de mão de obra e crise econômica, o salário foi reduzido e as horas de trabalhado aumentadas. Com isso, a força sindicalista se abala e a organização do trabalho baseada no taylorismo/fordismo triunfa (PIRES, 1996).

No final da guerra, um processo revolucionário na União Soviética – que foi oficialmente dissolvida em dezembro de 1991, surgindo, então, a Rússia – leva ao poder um governo partidário autodenominado defensor da “classe operária”, inicia-se uma “ditadura do proletariado”, que deveria conduzir a uma “sociedade sem classes”. Em função do ideário soviético ser radicalmente diferente ao dos países ocidentais, principalmente Europa e Estados Unidos da América (EUA), desencadeia-se uma disputa política, tecnológica, militar e econômica com os EUA, culminando na Guerra Fria, assim denominada por não haver registros de batalhas diretas. Nesse contexto pós-guerra, instituem-se as Sociedades das Nações e o Tratado de Versalhes (FREIRE, 2009).

Como item do Tratado de Versalhes, foi criada em 1919 a Organização Internacional do Trabalho (OIT), então vinculada à Liga das Nações, depois mantida como órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945. Segundo a própria OIT, sua fundação ocorreu “com a convicção primordial de que a paz universal e permanente somente pode estar baseada na justiça social”, e foi considerada marco definitivo do Direito Internacional do Trabalho, ajudando a promover, ao longo do século XX, uma melhor proteção e dignificação dos trabalhadores, em um número crescente de países (PESSOA, 2000; FREIRE, 2009; OIT, s/d).

Por outro lado, a partir de 1930, ocorrem importantes mudanças tecnológico-industriais no modo capitalista de produzir gerando aumento da produção, da comercialização de produtos e serviços e aumento do consumo, esse modelo taylorista/fordista é hegemonizado nos EUA nas áreas da indústria, tecnologia,

agricultura, de finanças e de serviços militares. Tais mudanças foram difundidas e implantadas na maior parte dos países capitalistas (PIRES, 1996).

Esse novo modelo hegemônico de trabalho resultou na luta de grupos e classes sociais que reivindicavam mudanças no modo de gestão econômica, sendo assim, em 1945, após a Segunda Guerra Mundial e no âmbito da nascente ONU, é aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que dedicava pelo menos seis dos seus trinta artigos às questões do trabalho (dependente ou assalariado), da propriedade e da função social da economia (FREIRE, 2009).

Além disso, a Carta Social Europeia – em vigor em 1965 sob a esfera do Conselho da Europa e “transposta” em 1989 para a recém-criada Comunidade Econômica Europeia (CEE) – defendia em seu texto original: direito ao trabalho em condições e remuneração equitativas; condições seguras e dignas; direitos especiais às crianças, adolescentes, mães e inválidos; direito à formação profissional, à proteção e assistência social e médica (FREIRE, 2009).

Pode-se dizer que desde a Revolução Científico-Tecnológica, que ocorreu em meados de 1870, até os anos 1970, a história foi marcada por um controle dos Estados nacionais com relação à economia e às grandes corporações; um sistema de taxação foi implementado para que parte dos lucros fosse transferida para setores carentes da sociedade. Desse modo, propunha-se uma redistribuição de recursos na forma de serviços de saúde, educação, moradia, infraestrutura, seguro social, lazer e cultura, o que caracterizou a fórmula mais equilibrada de prática democrática, chamada de “Estado de bem-estar social” (SEVCENKO, 2001).

Com toda essa estruturação do trabalho e proteção ao trabalhador, as relações passaram a existir com base nas relações sociais de produção, constituindo uma forma particular de integração entre agentes sociais que ocupam posições diferentes e complementares no processo produtivo: empregados e empregadores (FLEURY e FISCHER, 1992).

Como consequência, houve redistribuição de renda e generalização no consumo de novos produtos proporcionando crescimento intenso e contínuo da economia capitalista. Além disso, os salários aumentaram de maneira proporcional ao aumento da produtividade, dando maiores possibilidades de compra e consumo ao trabalhador, esse período foi considerado como a “fase de prosperidade pós-guerra” (PIRES, 1996).

Ainda no período pós-guerra, houve retomada do desenvolvimento científico e tecnológico, marcado por um novo surto dramático de transformações: a Revolução da Microeletrônica. De acordo com SEVCENKO (2001, p. 16), “a escala das mudanças desencadeadas a partir desse momento é de uma tal magnitude que faz os dois momentos anteriores parecerem projeções em câmera lenta”.

Esse mesmo autor esclarece que tal efeito levou à formalização do conceito de globalização, implicando que, pela densa conectividade de toda a rede de comunicações e informações envolvendo o conjunto do planeta, tudo parecia ter se tornado uma coisa só.

Além disso, na segunda metade dos anos de 1960, o modelo de desenvolvimento hegemônico começa a dar sinais de esgotamento (PIRES, 1996).

Sendo assim, a produtividade do trabalho sofreu forte redução com consequente redução da capacidade de compra dos trabalhadores e capacidade financeira dos governos, essa brusca mudança se deu por diversos aspectos e muitos fatores determinantes², dentre eles, a Crise do Petróleo que abateu os mercados entre 1973 e 1980. Nesse contexto, o trabalhador, que era entendido como consumidor, passa a ter seu poder aquisitivo reduzido pelos picos inflacionários da economia daquele momento que gerou encarecimento das matérias-primas e da matriz energética (FARAH JUNIOR, 2000).

Com a globalização, as grandes empresas adquiriram poder de mobilidade, redução da mão de obra e capacidade de negociação – podendo deslocar suas plantas produtivas para qualquer lugar onde pagassem os menores salários, os menores impostos e recebessem os maiores incentivos -, que tanto a sociedade quanto o Estado se tornaram seus reféns. Sendo assim, o tripé – Estado, empresas e trabalhadores – que sustentava a sociedade democrática moderna foi quebrado (SEVCENKO, 2001).

Nesse sentido, pode-se afirmar que o processo de globalização mostrou outra vertente, ou seja, passou a distanciar os povos tornando os acessos aos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico cada vez mais desiguais (SANTOS, 2001). Esse processo, considerado distorcido em relação ao objetivo

2 Denise Pires (1996, p. 37) destaca alguns fatores determinantes como: “os ganhos com a produtividade do trabalho começam a diminuir nos países industrializados. Cresce a insatisfação com as condições de trabalho. (...); o fim dos anos 60 marca enormes transformações culturais no mundo todo e, o movimento social, além de questionar os princípios tayloristas-fordistas de organização do trabalho, questionou profundamente, o modelo de desenvolvimento vigente. (...); na economia, o cenário é de manutenção de taxas elevadas de inflação; aumento dos custos da produção pela elevação brusca dos preços do petróleo em 1973; (...); enfraquecimento da hegemonia norte-americana. Crescem economicamente Europa e Japão, (...)”.

inicial da globalização, começou a criar relações de competitividade acirrada entre os países, criando situações economicamente confortáveis para alguns e elevando padrões de pobreza na maior parte dos outros países que concentravam mais da metade da população mundial, ou seja, tais países começaram a vivenciar condições críticas de saúde e situações econômicas que os distanciavam da possibilidade de desenvolvimento e superação econômica (PIERANTONI et al., 2004; PIERANTONI et al. 2008).

Além disso, a adoção de novas tecnologias – como a microeletrônica em atividades operacionais e a informatização das atividades do setor de serviços – alterou e ainda tem alterado radicalmente o modo de organização dos processos de trabalho, tendo como principal característica a padronização dos produtos com influência do setor automobilístico que seguia o modelo de desenvolvimento fordista. Essas e outras mudanças características do processo de globalização contemporâneo e de reestruturação produtiva foram responsáveis por importantes transformações no trabalho no plano internacional entre o final do século XX e o início do século XXI (PIRES, 1996).

Para CASTELLS (1999), qualquer evolução histórica mostra mudanças sistêmicas diretas na estrutura ocupacional, ou seja, mudanças nas categorias profissionais e empregos. Entre os anos de 1920 e 2005 os países capitalistas viveram o pós-industrialismo e informacionalismo que geraram uma nova estrutura social e econômica agregando maior importância às “profissões com grande conteúdo de informação e conhecimentos em suas atividades. As profissões admi-

nistrativas, especializadas e técnicas cresceriam mais rápido que qualquer outra e constituiriam o cerne da nova estrutura social” (CASTELLS, 1999, p. 267).

Enfim, é notório que a história do trabalho se originou na busca do homem em satisfazer suas necessidades biológicas e de sobrevivência, porém, à medida em que essas necessidades foram sendo satisfeitas, novas necessidades surgiram, determinando novas relações que, conseqüentemente determinaram a condição histórica do trabalho (KNAPIK, 2004).

1.1.1 O Trabalho no Mundo: Peculiaridades do Setor Saúde

Nas sociedades primitivas, quem realizava o trabalho em saúde era o pajé ou xamã, cuja função era realizar a mediação entre o homem e o universo. O pajé acreditava que o homem, os animais e a natureza eram entidades que poderiam ser acometidas por um “mal”, ao qual se associou a ideia de doença (LONGHI, 2008).

Os antigos egípcios acreditavam que o sofrimento sem procedência externa (escoriação ou ferimento) fazia parte de uma punição pelas faltas cometidas; a doença era considerada uma possessão demoníaca, dos deuses ou, eventualmente, dos inimigos do homem (ASSUMPÇÃO, 1884). Assim, o objeto do trabalho em saúde, nessa sociedade, era o “mal” manifestado no ente, e o tratamento fundamentava-se em rituais mítico-mágico-religiosos. Nesse sentido, caberia ao pajé a responsabilidade de afastar esse “mal” por meio de tais rituais (LONGHI, 2008).

Ainda segundo LONGHI (2008), essa abordagem tradicional do trabalho em saúde modificou-se na Grécia Clássica. A Grécia era uma sociedade estruturada no trabalho escravo e no comércio, tendo assim se desenvolvido uma racionalidade que rompeu com a concepção mágico-religiosa em direção ao conhecimento científico e filosófico fundamentado em experiências e estudos desenvolvidos principalmente por filósofos ou médicos.

Faz-se importante ressaltar que os grandes médicos da Grécia eram também filósofos naturais, cujo objetivo não era apenas lidar com problemas de saúde, mas sondar a constituição do universo e entender as relações entre homem e natureza (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

Na antiga Grécia, em torno de 500 a.C., Alcmaleon³ (ou Alchaleón), orientado por Pitágoras, confirmou por meio de dissecções anatômicas que o cérebro era o centro das sensações e da razão. Platão (427-340 a.C.) preocupava-se com a condição social de bem-estar ao expor sua ideia de estado ideal, ou seja, estado de saúde. No discurso denominado *Phaedo*, esses conceitos foram reforçados por Sócrates (BONICA, 1991).

Hipócrates (460-360 a.C.) estabeleceu a ideia de que a doença era um processo natural e racionalizava seus conceitos fundamentando-se na interpretação dos sintomas; valorizava o relato do doente e descrevia o estado geral de sofrimento. Para ele, o conjunto de sintomas compunha o quadro geral do doente,

3 Tem-se registro das duas formas de escrita que fazem referência à mesma pessoa: médico formado pela escola pitagórica, florescente na Magna Grécia, a atual Sicília, no sul da Itália (OJURAS, 1999).

os sintomas instalar-se-iam durante o processo de doença e cederiam com sua resolução (TEIXEIRA e OKADA, 2003).

Os gregos concebiam a natureza como estado de equilíbrio no qual o homem se incluía, sendo a “doença” a reação espontânea ao desequilíbrio. A medicina grega desenvolveu a classificação das alterações naturais denominando esse processo de “clínica”. Assim, o trabalho em saúde consistia em contribuir para que a natureza encontrasse o caminho mais fácil para restabelecer o equilíbrio do corpo (LONGHI, 2008).

No início da Idade Média (330 a.C.), os conceitos greco-romanos foram conservados e constituíram a base do desenvolvimento científico promovido pelos “arabistas”, ou seja, pensadores e médicos islâmicos, persas, cristãos, judeus e de outras origens que viviam em países muçulmanos, escrevendo em árabe. Eles desenvolveram o diagnóstico com base em seis parâmetros: comportamento, excretas, outras secreções do corpo, edema, pulso e localização da dor (TEIXEIRA e OKADA, 2003).

Para ROSEN (1994), o período que abrangeu a Antiguidade e a Idade Média é denominado como “velha Saúde Pública”, no qual predominavam as explicações sobrenaturais ou baseadas em fenômenos da natureza, tanto para saúde quanto para doença. As práticas dessa “velha Saúde Pública” são conformes com tais explicitações e seus focos se dirigem aos miasmas, às “entidades” patológicas, ao “contágio”, à reclusão e ao isolamento.

Na era medieval, marcada pelo cristianismo e pelo sistema feudal, a saúde e a doença assumem nova configuração. A doença passa a ser relacionada com o

“pecado”, com o preço a ser pago pelo paraíso. As práticas de saúde, nesse contexto, correspondem à observação e à expectativa da morte para obtenção da vida eterna (LONGHI, 2008).

O homem se relacionava com a natureza com o intuito de extrair dela meios de subsistência. Amedrontava-se com os fenômenos naturais e os interpretava como resultantes da vontade dos deuses. Os fenômenos de saúde e doença eram também interpretados como resultado da intervenção divina: ira, castigo e benevolência dos deuses causavam doença ou permitiam a cura (PIRES, 1989).

O conceito de doença como expressão de punição pelos pecados esteve presente também na civilização judaica: as doenças seriam punições para os pecados e a única possibilidade de cura, a graça, dependeria da intervenção favorável ou não de Deus. Essa relação foi endossada pela igreja cristã desde sua constituição, e ainda é defendida por alguns de seus representantes (TEIXEIRA e OKADA, 2003).

Durante o Renascimento (meados de 1453), ocorreram grandes avanços na área da química, física, fisiologia e anatomia; nesse período, os trabalhos de Platão e Aristóteles foram novamente estudados. A relação com Deus, com o paraíso e com a vida após a morte tornou-se menos enfatizada e o estudo do homem, da natureza e da metodologia científica passou a ser institucionalizado. Na mesma época, foram adotados novos métodos científicos e a fisiologia superou a imaginação, do que resultou progressiva melhora dos conhecimentos acerca das doenças e de seus tratamentos (BONICA, 1991).

Com a transição para o capitalismo, no século XVI, começa a se instaurar a nova racionalidade moderna, fundamentada nos avanços do conhecimento de Galileu, Copérnico e Newton, na expansão comercial e na Revolução Francesa e posteriormente Industrial (LONGHI, 2008).

Durante o mesmo período (entre 1830 e 1880), surge também a Medicina Social, caracterizada pelas propostas de compreensão da crise sanitária fundamentalmente como processo político e social, principalmente na Inglaterra, França e Alemanha. De forma geral, defendia-se a Medicina Social como a aplicação da medicina no âmbito social, ou seja, a cura dos males da sociedade (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

A diversificação da economia capitalista fez florescer um rico mercado de serviços que impulsionou o desenvolvimento do trabalho médico caracterizado, sobretudo, pela ênfase no biologismo e pelo foco na queixa a fim de instaurar uma conduta (medicalização dos problemas), privilegiando-se, desse modo, o enfoque curativo e o consumismo no âmbito de um mercado de serviços. A formação e o trabalho médico, nessa época, voltam-se totalmente para o projeto de prática liberal, em que se aprende no pobre para aplicar no rico. Com isso, é aceito como natural que o poder de compra do cliente determine a assistência médica a que ele deve ser submetido (PAIM, 2002).

A relação entre o sistema de saúde e a dinâmica social gerou, ao longo do tempo e até os dias de hoje, os valores sociais a respeito da proteção à saúde, ou seja, a forma como a sociedade idealiza a saúde e o risco de adoecer e como trata os problemas relacionados ao processo saúde-doença. Pode-se afirmar que, quanto mais a

sociedade entende a doença como problema coletivo, mais ampla será a proteção à saúde. Deve-se entender o problema coletivo como um problema referente a todos os cidadãos e não a cada indivíduo ou família (LOBATO e GIOVANELLA, 2008).

No plano coletivo, o processo saúde-doença é mais do que a soma das condições orgânicas de cada indivíduo. Trata-se da expressão de um processo social mais amplo, que resulta em complexa trama de fatores e relações, representadas por determinantes mais próximos ou mais distantes de um fenômeno, referentes à família, domicílio, bairro, município, região, país e continente (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

Além disso, de acordo com LOBATO e GIOVANELLA (2008), uma sociedade saudável depende do bem-estar de seus indivíduos. A falta de condições de saúde e bem-estar fragiliza os indivíduos, comprometendo sua participação integral na sociedade. Esses argumentos indicam que as necessidades de saúde não podem ser tratadas como mercadorias, acessíveis a preços diferenciados, não devem ser objeto de lucro, mas responsabilidade do Estado e dos cidadãos.

Os sistemas de serviços e os programas de saúde são mecanismos por meio dos quais é possível garantir o direito à saúde que, por sua vez, deve ser tratada como parte de um bem público não comercializável. Por esse motivo, a presença do Estado na garantia do acesso à saúde dos indivíduos é um diferencial na busca de melhores condições. As formas de organização e intervenção estatal para toda a área social – incluindo saúde, previdência e assistência social – são modelos de sistemas de proteção social (LOBATO e GIOVANELLA, 2008).

No final da década de 1970, instala-se uma crise no mundo capitalista; observa-se a restrição das políticas sociais frente à redução do financiamento resultante

da crise econômica recessiva. Consequentemente, tem-se aumento do desemprego e deterioração das condições de vida da maioria da população, gerando assim maior demanda para os serviços de saúde pública. Com a crise econômica, a crise fiscal do Estado direcionou as atenções para os altos custos da assistência médica, a questão do uso dos recursos de forma eficiente e a efetividade nos resultados, ocupando, desse modo, o centro da agenda pública setorial (ALMEIDA, 2008).

Considerando que o modelo hegemônico é de alto custo operacional, portanto, adverso à situação de crise econômica, tal situação leva a Organização Mundial da Saúde (OMS) a convocar a Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, com o tema central Cuidados Primários à Saúde (OMS, 1978).

Mais tarde, na década de 1980, a retórica da saúde comunitária integra-se às primeiras iniciativas de reforma setorial da saúde nos países em desenvolvimento. Em 1986, a Carta de Ottawa define os principais elementos discursivos da promoção da saúde: a) integração da saúde como parte de políticas públicas; b) participação da comunidade na gestão do sistema de saúde; c) reorientação dos sistemas de saúde; d) ênfase na mudança dos estilos de vida (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

Os anos que seguiram foram palco de profundas transformações mundiais simultâneas e de grande amplitude, que alteraram bruscamente a natureza das relações econômicas e de poder do Estado. A década de 1980 foi fortemente marcada pela hegemonia ideológica neoliberal, com objetivos marcados pela desregulamentação e liberalização dos mercados financeiros, de bens e de produção, sobretudo com relação ao mercado de trabalho, tanto no âmbito internacional como no nacional. Essa hegemonia também objetivava a redução substancial

das responsabilidades sociais do Estado e, conseqüentemente, a privatização das empresas estatais e dos serviços públicos (ALMEIDA, 2008).

Paralelamente a essas transformações, surgem novas iniciativas voltadas à promoção da saúde. Como exemplos, o Projeto Cidades Saudáveis da OMS, lançado em 1986, e a parceria do Banco Mundial e da OMS, em 1991, para incorporação do desenvolvimento econômico e social sustentado neste movimento. Além disso, em 1992, ocorreu no Rio de Janeiro a Conferência Mundial pelo Meio Ambiente (ECO 92) que definiu a saúde ambiental como prioridade social para a promoção da saúde (PAIM e ALMEIDA, 1998).

Com a crise fiscal do Estado mencionada no tópico anterior e as mudanças dela decorrentes na economia global, os sistemas de saúde na maioria dos países foram submetidos a processos de reforma, estimulados por uma preocupação crescente com a fraca correlação entre a quantidade de recursos gastos e os resultados em termos de saúde da população. Tais reformas foram geralmente incorporadas a um conjunto de reformas do governo destinadas a melhorar a eficiência, equidade no acesso e qualidade dos serviços públicos em geral. Em muitos casos, no entanto, estavam realmente focadas em um único objetivo macroeconômico, reduzir os custos de funcionamento do governo e corte de déficits orçamentais, sem prestar muita atenção a seus objetivos mais importantes (RIGOLI e DUSSAULT, 2003).

Ainda segundo RIGOLI e DUSSAULT (2003), embora o processo de reforma de cada país tenha a sua especificidade própria, existem tendências comuns, tais como a busca de melhores resultados em termos de quantidade e qualida-

de dos serviços e dos recursos. No setor saúde, esses objetivos são comumente expressos com a finalidade de melhorar a equidade do acesso aos serviços, a eficácia do cuidado, o uso eficiente dos recursos, a satisfação dos usuários e a sustentabilidade. A ênfase varia, no entanto, dependendo das condições econômicas e do ambiente político de cada país.

Em países de baixa renda, por exemplo, existem profissionais em quantidade insuficiente para atender a todas as demandas do setor saúde. Além disso, as maiores necessidades relacionadas a força de trabalho, não estão exclusivamente relacionados aos médicos, mas também aos enfermeiros e outras classes de profissionais que constituem a equipe de saúde. Porém, a força de trabalho na maior parte dos países de baixa renda é desfavoravelmente afetada pelos baixos investimentos, assim como outros recursos necessários à assistência de qualidade (Narasimhan et al., 2004).

A força de trabalho no setor saúde deve ser considerada como “medula” dos sistemas sanitários, para isso foi iniciativa da OMS que, em 2006 e a década nesse ano, dedicou aos trabalhadores de saúde, sendo também o tema do “Relatório Mundial da Saúde de 2006” – Trabalhando juntos para a saúde. O relatório propõe a construção de um plano decenal, orientando que os países busquem formas de planejamento, qualificação e empregabilidade e fixação de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (PIERANTONI et al, 2008).

No mesmo ano, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi organizada a Chamada à Ação de Toronto que convocou todos os atores nacionais e internacionais, do setor e da sociedade civil em geral, com o

intuito de elaborar políticas e intervenções para o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde até o ano de 2015 (ASSUNÇÃO E JACKSON FILHO, 2011). Esse período (2006-2015) foi instituído pela OMS como a “década dos recursos humanos em saúde”.

1.2. O TRABALHO NO BRASIL

No cenário nacional, até início da década de 1930, a relação de trabalho era desenvolvida com padrões diferenciados em cada setor de atividade, dependendo das características do processo de trabalho, da unidade empresarial, do perfil da mão de obra empregada e do movimento associativista (FLEURY e FISCHER, 1992).

Nesse mesmo período, os industriais tornaram-se adeptos das ideias tayloristas no Brasil e, para ampliar e disseminar as ideias de Taylor, em 23 de julho de 1931 foi fundado o Instituto de Organização e Racionalização do Trabalho (IDORT), porém, as ideias tayloristas já eram difundidas no Brasil desde o início do século XX (BATISTA e LIMA, 2010).

Após a Revolução de 1930, o Estado passou a intervir diretamente em todas as instâncias da vida política, econômica e social do país, criando o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, desenvolvendo, desta forma, dispositivos regulamentadores das condições de trabalho, da organização sindical e da previdência social (FLEURY e FISCHER, 1992).

Foi o período em que Getúlio Vargas assume o poder impulsionando algumas mudanças, mas mantendo a velha estrutura latifundiária do país. A despeito

de uma maior participação, a classe trabalhadora continuava afastada das decisões políticas, ficando nítido o poder das classes dominantes (BATISTA e LIMA, 2010).

Alguns acontecimentos marcam esse processo político-institucional, dentre eles a organização da Justiça do Trabalho, a promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943, a legalização e a garantia de subsistência da estrutura sindical atrelada pelo imposto obrigatório à “máquina” do Estado. Nesse período, os benefícios concedidos pela legislação trabalhista eram, aos olhos dos trabalhadores, reconhecidos como dádivas patronais ou do governo e não como direitos conquistados. Sendo assim, o Estado passa a ser um elemento onipresente na regulação das relações de trabalho (FLEURY e FISCHER, 1992).

Todas essas mudanças tinham como objetivo principal o controle e a desmobilização dos envolvidos (sindicato e trabalhadores) para que não ultrapassassem os limites impostos pelo governo por meio da CLT e para que condições mínimas garantissem a instauração de uma nova ordem econômica industrial. Fazia parte do controle operário, por exemplo, uma legislação protetora dos trabalhadores como observado no parágrafo anterior (BATISTA e LIMA, 2010).

A partir da década de 1940, o Estado passou também a intervir diretamente sobre a questão da formação profissional. De acordo com BATISTA e LIMA (2010), o trabalhador qualificado era visto como fundamental para manter a ordem no ambiente de trabalho e a qualidade da produção. Para garantir essa ideologia existiam instituições educacionais como os Liceus de Artes e Ofícios e os asilos desvalidos. O IDORT também exercia papel educacional junto aos trabalhadores.

Além dessas instituições, durante o período denominado Estado Novo (1937 – 1945) ocorreu a regulamentação do ensino profissional no Brasil, a partir da reforma Capanema (1942)⁴ que deu vazão à criação do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), em convênio com a Confederação Nacional das Indústrias. O SENAI foi criado com o objetivo de organizar e administrar as escolas de aprendizagem industrial e fornecer programas de treinamento para a indústria e a construção civil. Em 1946, surgia também o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), para o preparo profissional no setor comercial (FLEURY e FISCHER, 1992; BATISTA e LIMA, 2010).

As empresas estatais criadas nas décadas de 1940 e 1950 careciam de uma estruturação interna para atender às exigências governamentais, visto que não podiam tratar os problemas de pessoal de forma improvisada. Sendo assim, as organizações começaram a modelar seus sistemas de gestão segundo os parâmetros tradicionais de uma unidade administrativa chamada “Seção de Pessoal”, que se restringia aos aspectos jurídico-legais e burocráticos da relação empregatícia. O chefe de pessoal, que a dirigia, geralmente era um contador ou um advogado, que se responsabilizava, basicamente, pelas atividades burocráticas e disciplinares (COELHO, 2003).

Essa fase teve um caráter predominantemente defensivo e legal, já que os administradores se preocupavam mais com papéis do que com pessoas. O cum-

4 A reforma Capanema de 1942, também conhecida como Leis Orgânicas do Ensino, reestruturou o ensino profissional industrial (Decreto-lei nº 4.073, de 30 de janeiro de 1942), reformulou o ensino comercial (Decreto-lei nº 6.141, de 28 de dezembro de 1943), organizou o ensino secundário (Decreto-lei nº 4.244, de 9 de abril de 1942), entre outras.

primento da legislação trabalhista continuava sendo a mola-mestra do sistema e as práticas de gestão eram pouco formalizadas (FLEURY e FISCHER, 1992).

FLEURY e FISCHER (1992) afirmam que, com a entrada das empresas multinacionais, ocorreu a implantação da Administração de Recursos Humanos (ARH), mais organizada e oficializada no campo da administração privada. Esse modelo, gerido para as grandes empresas organizadas segundo o princípio taylorista/fordista, foi introduzido com poucas alterações em diferentes realidades produtivas.

A operacionalização desse novo conceito de formação profissional pressupôs uma mudança da função de pessoal também na administração pública, na qual o modelo burocrático conhecido como Seção de Pessoal dá lugar à abordagem da ARH. Nessa, ainda com influência do modelo burocrático, são feitos investimentos voltados ao desenvolvimento humano, tais como programas de treinamento e sistemas de benefícios (RUAS e ANTUNES, 1997).

A espinha dorsal da abordagem da ARH é a criação de área para administração de cargos e salários, estabelecendo as funções, definindo as linhas de carreira, formalizando assim os vários níveis hierárquicos da estrutura de poder das empresas. Além disso, foram criadas também as áreas de treinamento, visando tanto ao treinamento operacional como ao comportamental.

Com isso, os planos de formação e treinamento dos trabalhadores – especialmente quando contemplam não apenas o treinamento para o trabalho, mas também o desenvolvimento pessoal e funcional – foram ganhando unanimidade entre as correntes estratégicas da qualidade, ao serem considerados uma iniciativa indispensável ao envolvimento dos trabalhadores (RUAS e ANTUNES, 1997).

Esse modelo se expandiu e começou a pautar a estruturação das áreas de Recursos Humanos e o desenvolvimento de práticas e instrumentos gerenciais na maioria das grandes empresas brasileiras. Ainda nos dias atuais, tem exercido importante influência tanto na formação de cultura própria para os profissionais de Recursos Humanos, perpassando vários setores e unidades produtivas, quanto na definição de padrões técnicos de organização, métodos e instrumentos aplicáveis à gestão das relações de trabalho (FLEURY e FISCHER, 1992).

Em 1966, a estabilidade no emprego foi substituída pelo Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), em vigor até os dias de hoje, aumentando, assim, as facilidades de demissão e consequente rotatividade dos trabalhadores. Além disso, as empresas poderiam demitir funcionários mesmo sem um motivo concreto, apenas para contratar novos trabalhadores com salários menores (PIRES, 1996).

A partir da década de 1970, em virtude de vários aspectos, as organizações perceberam a necessidade de adaptação às novas exigências de um mercado mais heterogêneo e segmentado. No plano internacional, observou-se um movimento de profundas mudanças na configuração da economia mundial, relacionado aos processos de globalização e de reestruturação produtiva mencionados no tópico anterior. Internamente, o país atravessava um período de esgotamento do modelo de desenvolvimento social e econômico engendrado no âmbito dos governos militares (BECKER, 1998).

Além de sofrer os reflexos da crise internacional, o Estado brasileiro passava por forte pressão fiscal provocada pelo desequilíbrio entre receita e despesa gerado externamente pela Crise do Petróleo e internamente pelo modelo de desenvolvi-

mento cujo financiamento teve por efeito o endividamento externo. Desemprego crescente, redução do valor real dos salários, fraudes contra o sistema previdenciário foram algumas das características do período, marcado por importantes mudanças na composição da classe trabalhadora. A incorporação do trabalhador rural ao universo urbano passou a ser uma realidade na qual as atividades agropecuárias e agroindustriais foram capitalizadas. O nível de educação formal e o grau de informação do trabalhador elevaram-se, acionando posturas mais participativas e reivindicatórias (FLEURY e FISCHER, 1992; PEREIRA et al., 2009).

As mudanças ocorridas durante a década de 1980 nas diferentes esferas da vida organizacional, combinadas com o cenário internacional que apontava para uma série de desafios no que se refere às questões da gestão do trabalho, têm levado vários analistas a considerar que o país não pode permanecer alheio às transformações econômicas e políticas e à influência que elas exercem sobre os padrões de gestão administrativa (FISCHER, 1991; PIERANTONI et al., 2004).

Esses novos padrões vêm demandando das empresas mudanças organizacionais e no processo de produção, para que possam sobreviver em um cenário menos protegido econômica e politicamente. No início da década de 1990, mudanças significativas nos contextos político, econômico e social do Brasil provocaram fortes alterações no tecido organizacional das empresas, no processo e nas relações de trabalho, caracterizadas por intensificação da concorrência com importantes impactos sobre a área industrial, tanto no âmbito do mercado de trabalho quanto do perfil do trabalhador e das relações de trabalho. A competição acirrada passou a exigir das empresas novos padrões em termos de quali-

dade, produtividade e flexibilidade, que não eram mais satisfeitos com o sistema taylorista/fordista. Por essa razão, as estratégias de gestão das relações de trabalho passaram a ser revistas (BECKER, 1998).

Uma das mudanças exigidas com a reestruturação pregou a necessidade de valorizar, incentivar e motivar a participação dos trabalhadores, comprometendo-os com os objetivos organizacionais e com seu próprio trabalho. Vários modelos de abordagens no campo da gestão dos recursos humanos foram difundidos, propondo orientações distintas na busca da constituição de uma força de trabalho flexível e cooperativa (FLEURY e FISCHER, 1992; RUAS e ANTUNES, 1997).

Segundo alguns analistas, essa revisão tem provocado situações ambíguas. Por um lado, percebe-se certa melhoria nas condições de trabalho, nas relações internas e na qualidade do trabalho exigido. Por outro, os números mostram uma forte queda na oferta de emprego e as pesquisas, em geral, têm mostrado uma intensificação e precarização do trabalho (RUAS e ANTUNES, 1997).

Do exposto, destaca-se a importância da reflexão crítica sobre as mudanças pelas quais o trabalho passa em nosso país, tanto em nível institucional quanto em âmbito organizacional. Entre os pesquisadores, é crescente a consciência da forte relação entre as políticas públicas e as estratégias organizacionais diante dos enormes desafios estruturais ligados ao desenvolvimento econômico e social do país. Segundo FISCHER (1991), entre esses desafios destacam-se:

- a formação e qualificação da mão de obra, aspecto que extrapola os limites de treinamento próprios da organização e atinge o sistema educacional e a concepção de mercado de trabalho como um todo;

- os baixos índices de produtividade e qualidade do trabalho explicados pela formação profissional inadequada e falta de identidade dos trabalhadores com os objetivos organizacionais, mas que mantêm forte relação causal com as práticas de rotatividade, redução de custos e rebaixamento dos investimentos em desenvolvimento, rotineiros na administração de recursos humanos das organizações brasileiras.

Ao traçar algumas linhas gerais sobre o trabalho no mundo e no Brasil, nota-se um conjunto de análises e reflexões relacionadas aos modelos aplicados na indústria, no qual o processo de reestruturação produtiva contemporânea coloca em xeque os princípios do fordismo na organização da produção e exige mudanças na gestão das relações de trabalho.

É preciso destacar que, ainda nos dias de hoje, a organização do trabalho no âmbito do gerenciamento dos serviços de saúde, principalmente no ambiente hospitalar, é influenciada fortemente pelos princípios taylorista/fordista, com características da administração clássica e do modelo burocrático (MATOS e PIRES, 2006). Por esta razão, nos próximos tópicos, serão apresentados aspectos relacionados à evolução do trabalho em saúde em nosso meio.

1.2.1 O Trabalho no Brasil: Peculiaridades do Setor Saúde

No Brasil, desde os anos da reforma de 1930, promulgou-se um extenso corpo legislativo nos campos de regulação do trabalho e das profissões. Além disso, formaram-se nesse período as principais organizações que, juntamente com tal

legislação, constituíram o esqueleto institucional hoje regulador das relações de trabalho e do exercício das profissões no país (GIRARDI, 2000).

Porém, de acordo com PEREIRA et. al. (2009), é importante destacar que a atenção médica individual voltada aos trabalhadores urbanos já vinha em curso desde a década de 1920, com a Lei Eloy Chaves de 1923, regulamentando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), seguidas dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (década de 1930), que se unificaram em 1966 para a formação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Na década de 1970, o Brasil enfrentou um momento político de ditadura militar. Estava em curso o “milagre econômico”, a estrutura de atenção à saúde estava exclusivamente destinada a quem podia pagar pelos serviços ou a quem detinha carteira de trabalho assinada. Como consequência desse movimento, o trabalho médico fortaleceu-se com base no modelo assistencial privatista centrado no saber biomédico, na atenção hospitalar, curativa e individual marcada por processos de trabalhos fragmentados e centrados em procedimentos. O interesse central dessa assistência era recuperar o corpo dos trabalhadores para que esses voltassem rapidamente aos seus postos de trabalho e, assim, garantissem a produção e a acumulação de capital. Os profissionais não médicos (predominantemente caracterizados como mão de obra não qualificada) respondiam e conformavam-se nessas condições concentrando-se no âmbito dos serviços privados e hospitalares (PEREIRA et al., 2009).

Segundo esse modelo biomédico, admitia-se predominantemente a vertente biológica da doença, eximindo o social desse processo e, como consequência, as

ações de prevenção foram sendo consideradas menos prioritárias e as condições de saneamento básico, trabalho, renda, entre outros, pioraram consideravelmente. Dessa forma, a mentalidade da clínica anatomopatológica se identifica diretamente com o individualismo político-ideológico, predominante na sociedade capitalista.

Infelizmente, apesar do crescimento das ações de prevenção e promoção da saúde, o modelo biomédico de saúde ainda predomina na atualidade, no qual o sujeito é visto, principalmente, em sua dimensão biológica, sendo-lhe prestado um cuidado “curativista”, sem vista à prevenção e à promoção da saúde, e também fragmentado e de alto custo (LONGHI, 2008).

A partir dos anos 1973 e 1975, os movimentos contemporâneos de reforma, que iriam resultar também no Movimento de Reforma Sanitária, se iniciam devido à forte crise econômica, primeiramente ocorrida nos países do hemisfério norte e, na década seguinte, repercutindo nos demais países. Com isso, o esplendor dos chamados “anos dourados” (década de 1950) foi apagado, dando lugar ao esgotamento dos padrões de desenvolvimento que haviam norteado os rumos mundiais até então (ALMEIDA, 2008).

Na década de 1970, intelectuais ligados à saúde pública como o Centro de Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), trabalhadores e sociedade civil em geral iniciaram um movimento em prol da garantia da saúde da população como um direito que deveria ser garantido pelo Estado, dando início ao Movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento, dentre outras coisas, expressava indignação com o cenário da saúde brasileira e defendia uma mudança social abrangente e propunha uma nova forma de

organizar a saúde. Dessa forma, o Movimento de Reforma Sanitária visava a construção de um novo modelo assistencial, diferente daquele que tinha predominado até então, de caráter curativista, biologicista e hospitalocêntrico (LONGHI, 2008).

Além disso, procurava-se consolidar o processo de expansão da assistência à saúde em atendimento às propostas da OMS no advento da Conferência de Alma-Ata (1978) que preconizava “Saúde para Todos nos Ano 2000”, com enfoque principal na atenção primária (MALIK, 1998)

Após a conquista da democracia no sistema eleitoral, em 1985, os movimentos sociais também defendiam outros movimentos de democratização. Nesse clima, ocorre, em março de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual foram identificados problemas do sistema de saúde, estratégias para sua solução e os princípios e diretrizes preconizados pela Reforma Sanitária, incluindo o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado (LONGHI, 2008).

A 8ª CNS também dedicou o segundo tema do relatório final a discussão sobre a importância de uma política nacional de recursos humanos em saúde que deveria ter como princípios a capacitação e educação permanente dos trabalhadores e a integração entre a formação dos profissionais de saúde com o sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde (PIERANTONI, et al., 2012).

Como continuidade desta conferência, entre os dias 13 e 17 de outubro, no mesmo ano, ocorreu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) que teve como tema central a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”.

Nessa conferência, estavam presentes cerca de 500 pessoas divididas em 22 grupos de trabalho para discutir temas ligados à valorização profissional que incluiu debates a respeito do mercado de trabalho, recrutamento e seleção de pessoal, treinamento de profissional recém admitido, período probatório, salários, jornada e regime de trabalho, planos de cargos e salários, avaliação de desempenho, quadro de lotação e remanejamento de pessoal, equipe de saúde e o desafio da nova gerência dos serviços (BRASIL, 1986a).

Também foi discutida a preparação dos trabalhadores com debates acerca da formação e aprimoramento de pessoal nos níveis médio e elementar, ensino de graduação, educação continuada para o pessoal de nível superior na perspectiva dos serviços e capacitação de recursos humanos para a saúde após a graduação (BRASIL, 1986a).

Outros temas discutidos estavam relacionados aos órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e às estratégias de integração interinstitucional; a organização dos trabalhadores de saúde com debates a respeito das entidades profissionais e as entidades dos servidores; e a relação do trabalhador de saúde com o usuário dos serviços (BRASIL, 1986a).

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que recomenda, entre outras coisas, o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (MALIK, 1998; PAIM, 2002).

Com a promulgação da nova Constituição Federal em outubro de 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) com ampliação do conceito de saúde e a determinação da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Com a criação do SUS, havia uma expectativa de aceleração do processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Entretanto, os anos que se seguiram a sua criação foram marcados por adversidades. Um dos aspectos diz respeito à aprovação da política de “Reforma do Estado”, apontada como necessária para o processo de modernização e inserção do país, de forma competitiva, no cenário internacional (RIBEIRO et al., 2004).

A proposta de reforma da administração federal visava a substituição do modelo administrativo das instituições públicas por um modelo denominado de organizações públicas não estatais, localizando na questão gerencial o nó crítico do problema das fragilidades dos serviços públicos de saúde (RIBEIRO et al., 2004).

Além disso, o setor saúde passava por um cenário de expansão impressionante: em 1980, havia somente 18.489 estabelecimentos de saúde e 573.629 empregos nessa área; em 2002 os estabelecimentos de saúde passaram para 65.343 e em 2005 passaram de 77.000 com vagas de empregos que saltaram para 2.190.597 em 2002 e para 2.566.694 em 2005. Apesar da esfera privada ser dominante em muitas regiões do país, mais da metade dos empregos (56%) estão lotados no setor público com predominância nos empregos municipais (69%), seguidos dos estaduais (24%) (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007; CASTRO, 2007).

Mas o mercado de trabalho em saúde no Brasil somente apresentou-se dessa maneira após a criação do SUS e consequente descentralização das decisões e da gestão. Antes de 1988 a esfera federal respondia pela maior parte dos postos de trabalho (CASTRO, 2007).

Nessa configuração do trabalho em saúde, os trabalhadores necessitam ter uma visão mais ampliada em relação aos usuários, à suas inter-relações e articulações com outros setores sociais (educação, transporte, habitação, saneamento), assumindo a corresponsabilização pelos problemas existentes em todas essas vertentes (LONGHI, 2008).

Em setembro de 1993 ocorreu a II CNRHS, com a participação de 1.000 pessoas, onde foram analisadas as dimensões da qualificação, do processo de preparação e da gestão do trabalho. Com relação a este último, o Relatório Final da Conferência afirma que “os problemas da gestão do trabalho em saúde não podem ser equacionados sem o reconhecimento da especificidade do trabalho e do processo de trabalho em saúde nos mais diferentes níveis” (BRASIL, 1994, p.17).

A 10ª CNS ocorreu em 1996 e reafirmou a importância de serem implementadas políticas voltadas ao trabalhador de saúde. Nessa conferência ficou determinado que o Ministério da Saúde (MS) deveria assumir a responsabilidade legal na ordenação da formação dos profissionais de saúde em parceria com o Ministério da Educação e Cultura (PIERANTONI et al., 2012).

Até meados de 2003, o MS, representado pela Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, seu terceiro escalão, coordenava a área de recursos humanos. Nesse ano, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) com o objetivo de implementar uma política de valorização do trabalho no SUS e dos trabalhadores de saúde, passando, desta forma, a considerar a gestão do trabalho como uma questão estratégica. Essa criação se deu, entre outras coisas, como resultado das reestru-

turações do MS ocorridas na época, como consequência a área de recursos humanos passou a ocupar o primeiro escalão, reafirmando a relevância desta área o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PIERANTONI et al., 2008; PIERANTONI et al., 2012).

A SGTES passou, então, a ser responsável pela formulação de políticas orientadoras da gestão, formação e regulação dos trabalhadores de saúde do Brasil e foi estruturada em dois departamentos, Departamento da Gestão e de Regulação do Trabalho em Saúde – DEGERTS e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES (BRASIL, s/d).

A SGTES foi criada com atribuições que incluem a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; definir e propor políticas no campo da gestão do trabalho incluindo desenvolvimento profissional, educação na área de saúde e implantação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde; estabelecer o efetivo desempenho do SUS com parcerias entre os seus gestores e o ordenamento de responsabilidades entre as três esferas do governo; buscar o equacionamento dos problemas existentes e, mais ainda, de assumir, entre outros, papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde – PNRHS (PIERANTONI et al., 2008; BRASIL, s/d).

Para SCALCO et al. (2010), com a criação da SGTES, o MS assumiu mais claramente seu papel na formulação e implementação das políticas voltadas ao trabalhador e ao seu trabalho para a efetivação do SUS.

Porém, mesmo com todas essas importantes transformações ocorridas entre 2003 e 2008, a estrutura brasileira de recursos humanos em saúde (RHS) ainda apresenta fragilidade em suas estratégias de gestão para responder às transformações contemporâneas do trabalho na sociedade e lidar com as peculiaridades do trabalho no setor saúde (PIERANTONI et al., 2008).

1.3 PROBLEMA DE PESQUISA

O trabalho e sua gestão foram fortemente influenciados pelas sociedades, incluindo a capitalista, que perceberam a necessidade de organizar o trabalho no sentido de recuperar o corpo dos trabalhadores para que voltassem rapidamente para o trabalho. Especialmente no setor saúde, o trabalho é historicamente influenciado pelo modelo burocrático e verticalizado, e o trabalhador submetido a diversas formas de gestão, incluindo a administrativa Seção de Pessoal, que se restringia aos aspectos jurídico-legais e burocráticos da relação empregatícia, até a Gestão do trabalho que, de acordo com a OMS citada por CHERCHIGLIA (2004) é um sistema capaz de incorporar atividades para mobilizar, motivar pessoas e permitir que elas desenvolvam e alcancem plenamente, por meio do trabalho, a realização das metas de saúde, perpassando por formas de gestão denominadas: Departamento Pessoal, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Pessoas, entre outras.

A expressão “Gestão do Trabalho” passou a ser utilizada há pouco mais de uma década, e na saúde a incorporação dessa expressão é ainda mais recente. De acordo com CHERCHIGLIA (2004, p.12), “a gestão do trabalho refere-se ao conjunto de ações intencionais e conectadas que permitem organizar o traba-

lho e distribuir o talento humano de acordo com as necessidades do sistema de saúde, utilizando para isso instrumentos de regulação legal (leis, normas), financeiros (salários, incentivos) e administrativos (classificação em postos e planos de cargos) em um marco de negociação permanente e gerência compartilhada”.

Entretanto, o que é gestão do trabalho em saúde? Que conceitos conferem sentido à expressão? Quais as características dos contextos de sua emergência?

Dessa forma, admite-se a necessidade de uma reflexão mais aprofundada sobre a sistematização do conhecimento na área de gestão do trabalho em saúde, principalmente por este se tratar de um campo interdisciplinar com características peculiares, recursos humanos numerosos e cada vez mais inserção de tecnologia.

Sendo assim, desenvolveu-se uma investigação com o intuito de responder aos seguintes questionamentos: o que é gestão do trabalho em saúde? Que conceitos conferem sentido à expressão? O que se tem produzido no Brasil a respeito da gestão do trabalho em saúde? Como essa expressão vem sendo incorporada na produção científica brasileira? E nos documentos do MS e de organismos ligados à gestão da saúde? Quais os problemas abordados, os principais referenciais teóricos e métodos empregados nessa produção?

2

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a produção científica publicada em periódicos brasileiros com relação a gestão do trabalho em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a produção científica publicada no Brasil sobre gestão do trabalho em saúde.

Descrever a produção científica segundo autoria, meios de divulgação e tipos de estudos.

Analisar como a expressão “gestão do trabalho em saúde” vem sendo incorporada nas produções.

3

MÉTODO

3.1. TIPO DE ESTUDO

Para o alcance dos objetivos propostos, optou-se pelo desenvolvimento de uma revisão da literatura a respeito do tema.

Todas as áreas da ciência têm considerado a revisão bibliográfica como uma atividade importante. De uma maneira geral, a revisão tradicional de pesquisa científica tem utilizado a forma de narrativa para sumarizar procedimentos e resultados de pesquisas sobre tema específico, principalmente com o objetivo de fundamentar conclusões ou informações teóricas. Porém, mesmo com toda sua contribuição, a revisão tradicional foi alvo de críticas porque esse método dificilmente alcança a exaustão com inclusão de todos os estudos pertinentes ao tema. Além disso, concentra seus achados em estudos publicados em periódicos com alto fator de impacto. Outra crítica com relação a revisão tradicional é que não são estipulados critérios prévios para a seleção de estudos, ou seja, não são aplicados métodos sistemáticos para decidir onde o peso da evidência se situa. A revisão sistemática veio então para contornar esses problemas (MIRANDA, 2002).

A revisão sistemática difere da revisão tradicional, uma vez que busca superar possíveis problemas na execução das etapas de pesquisa, seguindo um mé-

todo rigoroso de busca e seleção de pesquisas, com avaliação da relevância e validade das pesquisas encontradas, além de coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos das pesquisas (GALVÃO et al., 2004).

A era das revisões sistemáticas com metanálise, na área da Saúde, se consolidou no final da década de 1980, com a publicação do livro *Effective Care During Pregnancy and Childbirth* (CORDEIRO et al., 2007).

Na década de 1990, foi fundada a *Cochrane Collaboration* <<http://cochrane.org/index.htm>>, em reconhecimento a um dos criadores da Medicina Baseada em Evidências (MBE), professor Archie Cochrane. Essa organização internacional surgiu com o objetivo de preparar, manter e disseminar revisões sistemáticas na área da saúde. Somente na Europa, instalaram-se sete centros *Cochrane* (França, Alemanha, Grã-Bretanha, Espanha, Itália, Holanda e Dinamarca), além de centros no Canadá, China, Austrália, Nova Zelândia, África do Sul e Brasil (CORDEIRO et al., 2007).

Ainda de acordo com CORDEIRO et al. (2007), na mesma década foram desenvolvidas duas teses que consistiam em revisões sistemáticas com metanálises: uma na Inglaterra e outra no Brasil.

A revisão sistemática, assim como outros tipos de revisão, é um tipo de investigação científica secundária que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema, com o objetivo de reunir, avaliar criticamente e conduzir uma síntese dos resultados de múltiplos estudos primários. Ela também objetiva responder a uma pergunta claramente formulada, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar as pesquisas rele-

vantes, coletar e analisar dados de estudos incluídos na revisão (CORDEIRO et al., 2007; SAMPAIO e MANCINI, 2007).

As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinado tema, que pode apresentar resultados conflitantes ou temas que necessitem de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras (SAMPAlO e MANCINI, 2007).

De acordo com o Centro Cochrane do Brasil,

Para evitar viés de análise na revisão sistemática, os métodos de seleção e análise dos dados são estabelecidos antes de a revisão ser conduzida, num processo rigoroso e bem definido. Inicia-se com a elaboração da questão clínica, ou seja, o objetivo principal, e de um projeto de revisão. A seguir é realizada uma ampla busca da literatura com o objetivo de se identificar o maior número possível de estudos relacionados à questão. Uma vez selecionados, aplicam-se critérios para avaliação da qualidade metodológica conforme o delineamento do estudo original⁵.

A revisão sistemática pode ser analisada a partir de uma perspectiva qualitativa ou quantitativa. Nas revisões que utilizam análise estatística existe a possibilidade de combinar e sintetizar os resultados de vários estudos, nas revisões que utilizam a metanálise o poder e a precisão da estimativa dos efeitos do tratamento e dos riscos de exposições são aumentados (COUTINHO, 2002).

Tanto na abordagem qualitativa como na quantitativa das revisões sistemáticas, os métodos explícitos usados limitam as distorções e conferem confiabilidade e acurácia aos resultados. As revisões sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, compartilham as mesmas etapas, com exceção da análise estatística que é substituída pela metanálise.

5 Disponível em: <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/revisoes.html>. Acesso em 01.08. 2012.

De modo geral, as etapas são as mesmas de qualquer pesquisa, ou seja, formulação de hipóteses, coleta e análise dos dados, segundo um protocolo pré-definido, e apresentação dos resultados acompanhados de uma discussão. Na revisão sistemática, esse processo consiste em definir com clareza os objetivos, as variáveis de interesse, a estratégia de identificação de estudos, os critérios de inclusão/ exclusão de estudos, e a avaliação da sua qualidade metodológica (COUTINHO, 2002).

Esse rápido crescimento na realização de revisões sistemáticas da literatura resultou em uma abundância de terminologias para descrever as abordagens que, apesar de seus nomes diferentes, têm as mesmas características essenciais: coletar, avaliar e apresentar as evidências disponíveis da pesquisa.

Não parece haver qualquer definição consistente desses diferentes tipos de revisão, o que leva os pesquisadores a utilizarem indicações vagas. Por exemplo, existe um risco de que revisões definidas por seus autores como “sistemáticas” possam não adotar os elevados padrões em termos de proteção contra vieses e avaliação da qualidade para a seleção de investigação primária. Nesse sentido, a correta definição seria “revisão de literatura” e não “revisão sistemática”. Porém, será respeitada a escolha do autor quanto a utilização do termo revisão de literatura ou revisão sistemática.

Com relação à produção de pesquisa qualitativa em saúde, pode-se afirmar que a utilização desse método aumentou significativamente. Muitas revistas científicas divulgam estudos qualitativos, inclusive, periódicos internacionais especializados; além disso, as bases de dados eletrônicas indicam muitos estudos

(teses, artigos, livros) conduzidos sob o desenho da pesquisa qualitativa (LOPES e FRACOLLI, 2008).

Assim, por meio da necessidade de apreciação e de tornar visíveis estudos qualitativos clinicamente relevantes, surge o interesse na condução de revisões bibliográficas sistemáticas com a integração de estudos qualitativos. O tratamento de resultados qualitativos obtidos em uma revisão sistemática pode ser apresentado nas formas narrativa, quantitativa – estatística de achados qualitativos (metassumarização), ou por meio da interpretação dos resultados, ou seja, metassíntese (LOPES e FRACOLLI, 2008).

Outro tipo de revisão, que até 2005 recebeu pouca ênfase, mas que tem sido cada vez mais utilizada, é aquela voltada ao mapeamento da literatura relevante em uma determinada área de interesse. Esta revisão chamada de “*scoping study*”⁶ foi apresentada pelas pesquisadoras Hilary Arksey e Lisa O’Malley⁷ e compreende um conjunto de técnicas com a finalidade de sumarizar o conhecimento sobre um dado tema de investigação⁸.

De acordo com LEVAC et al. (2010) o “*scoping study*” (ou “*scoping review*”) representa uma revisão dos diversos campos de conhecimento em saúde com abordagem cada vez mais comum.

6 Traduções sugeridas: estudo de escopo, estudo exploratório, estudo de mapeamento.

7 Hilary Arksey é pesquisadora na Unidade de Pesquisa sobre Política Social da Universidade de York, Heslington. Lisa O’Malley era pesquisadora no Centro de Pesquisa sobre Política de Habitação da Universidade de York, Heslington, atualmente está na Universidade de Limerick.

8 Este método foi descrito em publicação feita pelas pesquisadoras no ano de 2005 e, de acordo com o site da Microsoft Academic Search, foi citado, em outras publicações, uma vez em 2006, três vezes em 2007, oito vezes em 2008, 20 vezes em 2009, 43 vezes em 2010 e 53 vezes em 2011 (<http://libra.msra.cn/Publication/11357009/scoping-studies-towards-a-methodological-framework>).

Pelo fato de possuir um conjunto de técnicas bem descritas, o “*scoping study*” pode ser considerado um tipo de revisão sistemática. Entretanto, algumas diferenças podem ser distinguidas entre uma revisão sistemática e um “*scoping study*”. Em primeiro lugar, uma revisão sistemática, geralmente, está focada em uma questão bem definida, na qual desenhos de estudos adequados podem ser identificados com antecedência, ao passo que um “*scoping study*” tende a tratar de temas mais amplos, possibilitando a incorporação de estudos de desenhos diferentes. Em segundo lugar, a revisão sistemática visa a fornecer respostas a perguntas de um âmbito relativamente estreito, referentes a estudos com qualidade avaliada, enquanto em um “*scoping study*” é menos provável a procura por questões de pesquisa muito específicas, e é mais rara a avaliação da qualidade dos estudos incluídos (ARKSEY e O’MALLEY, 2005).

Considerando que críticas sejam feitas em ambos os métodos de revisão (tradicional e sistemático), afirmamos que não existe um “tipo ideal” de revisão de literatura. Todos os métodos oferecem um conjunto de ferramentas dos quais os pesquisadores precisam dispor adequadamente. Para esse fim, o “*scoping study*” é um método entre muitos que poderia ser utilizado para revisão de literatura.

Em nível geral, os “*scoping studies*” são comumente definidos como o processo de mapeamento rápido dos conceitos-chave sustentando uma área de investigação e as principais fontes e tipos de conhecimentos disponíveis, e podem ser realizados como projeto autônomo em seu próprio direito, especialmente quando uma área é complexa ou não tiver sido totalmente abrangida antes.

O mapeamento diz respeito a um processo de sumarização que permite chegar a uma evidência que transmita conhecimento amplo e profundo em determinado campo do conhecimento (LEVAC et al., 2010).

De acordo com ARKSEY e O'MALLEY (2005), é possível identificar pelo menos quatro razões comuns pelas quais um “*scoping study*” pode ser realizado:

1. Para examinar a extensão, o percurso e a natureza da investigação: esse tipo de revisão rápida não descreve os resultados da investigação em detalhe, mas é uma forma útil de mapeamento de campos de estudo nos quais é difícil visualizar a quantidade de materiais disponíveis.
2. Para determinar o valor do trabalho de uma revisão sistemática completa: nesses casos, um mapeamento preliminar da literatura pode ser realizado para identificar, ou não, se uma revisão sistemática completa é possível (existe alguma literatura?) ou relevante (que revisões sistemáticas já foram realizadas?) e os custos potenciais de condução de uma revisão sistemática completa.
3. Para resumir e divulgar os resultados de pesquisas: esse tipo de “*scoping study*” pode descrever em mais detalhes os resultados e percursos da pesquisa em áreas específicas de estudo, fornecendo assim um mecanismo de síntese e divulgação dos resultados da pesquisa a políticos, profissionais e consumidores, para os quais a falta de tempo ou de outra forma de recurso impossibilita a realização de tal trabalho.

4. Para identificar as lacunas da investigação na literatura existente: esse tipo de “*scoping study*” torna o processo de divulgação mais um passo para obter conclusões sobre a literatura existente, considerando especialmente o estado de atividade da investigação. Especificamente designado para identificar, em bases de dados, que nenhuma pesquisa tenha sido realizada (lacuna), o estudo também pode resumir e divulgar os resultados de investigações, bem como identificar a relevância da revisão sistemática completa em áreas específicas de investigação. No entanto, é importante notar que a identificação de lacunas na literatura por meio de um “*scoping study*” não necessariamente identifica as lacunas de investigação da própria pesquisa ou a sua qualidade, mesmo porque a avaliação da qualidade dos estudos não faz parte do objetivo do “*scoping study*”.

O objetivo de identificar lacunas nas evidências existentes nas bases é claramente importante, e pode ou não levar, em última instância, a uma revisão sistemática completa. Conforme as etapas previstas em um “*scoping study*”, pretende-se (1) identificar a questão da pesquisa; (2) identificar os estudos relevantes; (3) selecionar os estudos; (4) mapear os dados e (5) confrontar, resumir e relatar os resultados.

3.2 IDENTIFICAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA

Tal como acontece com as revisões sistemáticas, o ponto de partida é identificar a questão da pesquisa a ser respondida como caminho guia para que as

estratégias de pesquisa sejam construídas. Assim, é importante considerar que aspectos ou “facetas” da questão de pesquisa são particularmente importantes – por exemplo, a população estudada, intervenções ou resultados.

As questões norteadoras desta pesquisa são:

O que se tem produzido no Brasil a respeito da gestão do trabalho em saúde?

Como essa expressão vem sendo utilizada na produção científica brasileira?

3.3 IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES

Como antes indicado, toda questão de pesquisa do “*scoping study*” deve ser tão abrangente quanto possível para identificação de estudos primários (publicados e inéditos) e revisões convenientes no intuito de responder à questão central. Para atingir esse objetivo, será adotada uma estratégia a fim de buscar evidências por meio de diferentes fontes:

- Bases de dados eletrônicas;
- Listas paralelas de referência;
- Procura manual de revistas-chave;
- Documentos ministeriais;
- Contato com redes existentes, organizações e conferências.

Nesse último caso em especial, poderá ser realizada uma busca nos observatórios de recursos humanos em saúde existentes no Brasil. Desde 1999, o Brasil tem investido na experiência inovadora, e de sucesso, de construção da Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde (ObservaRH), constituída por uma

rede de estações de trabalho que desenvolvem pesquisas relacionadas ao trabalho e aos trabalhadores de saúde e busca contribuir para superar os desafios de consolidação e do fortalecimento do SUS naquilo que se refere ao trabalho em saúde e à formação de trabalhadores desse setor (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2011).

Cabe ressaltar também que, na impossibilidade de consultar todas as fontes disponíveis, as fontes escolhidas acima para identificação dos estudos relevantes estabelecem certas limitações como, por exemplo, a ausência de identificação de evidências que tenham sido publicadas em livros e em outros canais de divulgação não escolhidos.

Antes de iniciar a identificação dos estudos relevantes, um bibliotecário foi contatado para melhor direcionamento na escolha dos descritores e na forma de busca dos estudos.

Durante busca na lista de Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS DeCS/MeSH) pôde-se perceber que não existe o descritor “gestão do trabalho”, sendo assim, foi recomendado pelo bibliotecário o uso dos descritores “gestão em saúde”, “administração em saúde” e “trabalho” com a seguinte composição: [(gestão em saúde OR administração em saúde) AND trabalho].

Foi realizada uma busca piloto no Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo (Dedalus) e foram obtidos 11 estudos. Foi realizada uma nova busca piloto na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) utilizando a mesma composição, porém excluindo-se as teses. Essa nova busca resultou em 4 estudos.

As teses foram excluídas por julgarmos que a maior parte, se não a totalidade, resulta em publicações em periódicos, dessa forma, evitar-se-ia a repetição dos estudos e, assim, alteração na coleta e análise dos dados.

Por falta de descritores que pudessem identificar estudos relevantes na área de gestão de trabalho, foi orientado, então, pelo bibliotecário, que optássemos por uma busca por palavras nos títulos e nos resumos, uma vez que acredita-se que os títulos e os resumos evidenciam o objeto principal do estudo em questão. Foi-nos, então, orientado que partíssemos para a busca com a seguinte composição: (gestão OR administração) AND (trabalho AND (saúde OR (serviços AND saúde))).

Foi realizada uma nova busca piloto no Dedalus e foram obtidos 44 estudos filtrados no campo para busca por “Assunto”, 70 estudos filtrados por “Título” e 716 estudos em “Todos os campos”. Com os resultados obtidos optamos por uma segunda busca na base de dados da Lilacs utilizando a mesma composição anterior, porém, filtrando por [palavras do título] OR [palavras do resumo] AND NOT teses [tipo de literatura] para que as palavras da composição fossem buscadas no título ou no resumo dos estudos, excluindo-se as teses conforme mostra a imagem a seguir:

The screenshot shows the BIREME LILACS search interface. At the top, the URL is `bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p`. The header includes the BVS logo and the text "Pesquisa em bases de dados" with links for "español" and "english". Below the header, there is a "Base de dados" dropdown set to "LILACS" and a "Formulário avançado" link. The main search area is divided into two columns: "Pesquisar" and "no campo". The "Pesquisar" column contains three numbered input fields with the following content: 1. "(gestão OR administração) AND (t", 2. "or", 3. "and not". The "no campo" column contains three dropdown menus: "Palavras do título", "Palavras do resumo", and "Tipo de literatura", each with an "índice" link. At the bottom of the search area are buttons for "CONFIG", "LIMPAR", and "PESQUISAR". Below these buttons, it says "Search engine: IAH v2.6 powered by WWWISIS" and "BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde".

Figura 3.1 Composição das palavras e filtros para identificação de estudos sobre gestão do trabalho em saúde na base de dados da Lilacs Brasil, 2013.

Em 05/04/2011 foram encontrados 539 títulos dos quais 44 eram livros, estudos sem resumo, estudos repetidos, monografias e documentos governamentais que foram descartados, restando, assim, 495 estudos.

3.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Métodos de revisão sistemática desenvolvem critérios de inclusão e exclusão, com base em uma questão específica de pesquisa, no início do projeto, para garantir a coerência na tomada de decisões. Neste “*scoping study*” foram adotados métodos semelhantes, embora os critérios possam ser estabelecidos posteriormente, com base no aumento da familiaridade com a literatura, podendo, em seguida, ser aplicados em todas as citações para determinar sua relevância.

A partir da leitura dos 495 títulos e resumos, critérios de inclusão e exclusão foram previamente elaborados pelo pesquisador principal (examinador padrão) e aplicados nos estudos com a finalidade de orientar o processo inicial de seleção. Foram previamente selecionados 65 estudos. Dos 430 estudos restantes, foi escolhida uma amostra⁹ de 71 estudos que foi adicionada aos 65 estudos previamente selecionados, totalizando, desta forma, 136 estudos. Para avaliar a consistência dos critérios propostos, um juiz (examinador I) avaliou os 136 resumos aplicando os critérios de inclusão e exclusão elaborados e, assim, classificando os estudos como “relacionados ao tema” ou “não relacionados ao tema”. O pesquisador principal também realizou a avaliação da mesma amostra com o intuito de fazer a mesma classificação dos estudos.

Foram realizados três testes para verificar o nível de concordância entre o examinador padrão e o examinador I: Sensibilidade, Especificidade e Kappa.

O teste de Sensibilidade representa a probabilidade de um examinador classificar o estudo como “não relacionado ao tema” exatamente como fez o examinador padrão. Especificidade representa a probabilidade de um examinador classificar o estudo como “relacionado ao tema” exatamente como fez o examinador padrão. Índice Kappa (k) de concordância leva em consideração as concordâncias esperadas além da chance, ou seja, descontando as que acontecem como fruto do acaso.

9 A amostra foi determinada após ordenação cronológica e sorteio sistemático dos estudos. O primeiro estudo foi escolhido ao acaso com auxílio de um dado. Foi sorteado o número 5. Os estudos subsequentes foram escolhidos com intervalo de 6 estudos na listagem. Portanto, após o estudo 5, foi escolhido o estudo de número 11, depois o 17, o 23 e assim sucessivamente.

O índice Kappa apresenta uma variação entre 0 (zero), ou seja, desacordo completo, até 1 (um) que representa concordância total. FLEISS (1981) caracterizou diferentes intervalos de valores para o índice Kappa no que diz respeito ao grau de concordância. Para a maior parte dos casos, valores maiores que 0,75 podem ser considerados como representativos de concordância excelente, valores abaixo de 0,40 podem ser considerados como representativos de concordância pobre, e valores entre 0,40 e 0,75 podem ser considerados como representativos de concordância boa.

Após comparação das duas análises (examinador padrão e examinador I), os resultados mostraram uma Sensibilidade de 74,03%, uma Especificidade de 86,44% e um índice Kappa de 0,59.

Em seguida, foram realizados alguns ajustes no texto e a elaboração final dos critérios de inclusão/exclusão foi concluída.

Foram considerados critérios para inclusão dos estudos, resumos cujo conteúdo:

- dizia respeito ao mercado de trabalho ou à força de trabalho;
- abordava processo de trabalho ou organização do trabalho;
- enfocava estratégias de gestão relacionadas ao trabalho;
- apresentava a educação continuada/ permanente/ em serviço como estratégia de gestão associada ao trabalho;

Os livros, capítulos, resenhas e documentos governamentais não foram considerados na seleção dos estudos, mas foram consultados nos estudos preliminares e incorporados na discussão dos resultados.

Além dos livros, capítulos, resenhas, e documentos (p.ex. manuais técnicos, portarias, relatórios) foram considerados critérios de exclusão, resumos cujo conteúdo:

- não era relacionado ao tema da “Gestão do Trabalho”¹⁰;
- referia-se à humanização do cuidado, ao acolhimento, ou à equidade como formas de inovação relacionadas ao modelo de atenção;
- versava sobre gestão não relacionada ao trabalho ou seus recursos/ suas ferramentas;
- enfocava percepção de usuários, trabalhadores, estudantes ou gestores sobre temas não relacionados a gestão do trabalho;
- era relacionado à saúde do trabalhador, saúde ocupacional, ergonomia, insalubridade, qualidade de vida no trabalho;
- abordava uma modalidade de serviço ou uma categoria profissional específica sem explícita menção à gestão do trabalho;
- fazia menção à gestão de políticas, gestão pública não relacionadas à Gestão do Trabalho;
- era relacionado a processos de formação profissional ou envolvia epidemiologia e/ou vigilância em saúde.

Em seguida, todos os 495 estudos foram revistos para que os critérios de inclusão e exclusão fossem aplicados, restando assim 436 estudos. A exclusão de

10 Inclui-se ao tema “Gestão do trabalho” assuntos relacionados a gestão de recursos humanos, gestão de pessoas e gestão da força de trabalho.

59 estudos se deu por terem sido identificados documentos ministeriais, livros e outros textos que atendiam ao menos um dos critérios de exclusão.

Após a padronização dos critérios, os estudos foram selecionados por três examinadores que classificaram os resumos como “relacionado ao tema” e “não relacionado ao tema”.

Do total, houve concordância em 322 artigos classificados como “não relacionado ao tema” e em 40 artigos classificados como “relacionado ao tema”. Os estudos restantes (74) apresentaram resultados discordantes entre os examinadores. A técnica do consenso foi aplicada para dirimir as discordâncias. Sendo assim, foram classificados mais 34 estudos como “relacionado ao tema” e os demais (40) classificados como “não relacionado ao tema”.

Dessa forma, 74 artigos foram considerados para leitura na íntegra, mapeamento e análise mais aprofundada.

3.5 MAPEAMENTO DOS DADOS

A etapa seguinte da pesquisa envolveu o mapeamento de elementos-chave de informações obtidas nos estudos escolhidos. Mapear descreve uma técnica para sintetizar e interpretar dados qualitativos por triagem, mapeamento e classificação do material de acordo com as principais questões e temas, um processo semelhante ao que adotamos, portanto, temos emprestado o termo (ARKSEY e O'MALLEY, 2005). Em uma revisão sistemática, esse processo seria chamado de “extração de dados” e, no caso de metanálise, poderia implicar técnicas específicas de estatística.

Os 74 artigos escolhidos foram lidos na íntegra e os dados mapeados foram inseridos em um “formulário de mapeamento de dados”, construído a partir de uma planilha do programa Excel (Anexo 1). Esse formulário foi desenvolvido para permitir a transcrição dos dados extraídos das fontes analisadas na íntegra.

Alguns campos do formulário foram empregados para inserir informações gerais sobre o estudo enquanto outros foram utilizados para transcrever informações mais específicas relativas, por exemplo, ao desenho do estudo, à população do estudo, ao tipo de intervenção e aos principais resultados. Foram registrados os seguintes dados:

- **Autor(es):** incluídos os nomes completos de todos os autores, iniciando pelo último sobrenome;
- **Instituição de vínculo dos autores:** foram registradas todas as instituições nacionais diferentes onde os autores estavam vinculados. Nos casos em que havia mais de uma instituição, todas elas foram consideradas;
- **Título do estudo;**
- **Título do periódico:** incluída a sua abreviação, assim como exposta na área de pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde;
- **Ano de publicação;**
- **Descritores ou palavras chave:** foram consideradas as palavras indicadas pelos autores na publicação;
- **Local de estudo;**

- **Objetivo do estudo:** incluído, quando exposto, o objetivo principal do estudo;
- **Método/ Abordagem metodológica:** entendido como o percurso técnico (atividades sistemáticas e racionais) da investigação para se alcançar o objetivo com segurança e economia, ou seja, para se chegar a um determinado fim ou a um novo conhecimento válido e verdadeiro (MARCONI e LAKATOS, 2008). Tais métodos visam fornecer a orientação necessária à realização da pesquisa, sobretudo no referente à obtenção, processamento e validação dos dados pertinentes ao problema de pesquisa e que está sendo investigado. De acordo com APPOLINÁRIO (2006) a abordagem metodológica das pesquisas pode ser:
 - » **Quantitativa:** é a modalidade de pesquisa que investiga fatos. Prevê a mensuração de variáveis pré-determinadas, procurando verificar e explicar a influência de uma sobre as outras. Analisa os resultados estatisticamente e se preocupa com generalizações dos achados.
 - » **Qualitativa:** é a modalidade de pesquisa pela qual os dados são colhidos por meio de interações sociais do pesquisador com o fenômeno. Analisa os dados pelos estímulos da realidade interpretados pelo investigador e não objetivamente percebidos. Não possui condições de generalização dos resultados.

Os métodos quantitativos e qualitativos não devem ser entendidos como pesquisas que se contrapõem, uma vez que, em alguns casos, podem ser métodos utilizados de maneira combinada.

- » **Quanti-qualitativo ou Quali-quantitativo:** apesar da clara oposição existente nas abordagens descritas acima, muitos pesquisadores da área social sugerem a construção de um método que possa agrupar aspectos quantitativos e qualitativos, fazendo existir, então, o método quanti-qualitativo ou quali-quantitativo, dependendo do enfoque do trabalho (GOMES e ARAÚJO, [s.d]).
- **Tipo de pesquisa:** refere-se ao processamento e previsão de análise e interpretação dos dados considerando o ambiente em que foram coletados e as formas de controle de suas variáveis, podendo ser:
 - » **Ensaio:** reflexão intelectual em que os elementos contraditórios do tema a ser apresentado são colocados em evidência pelo ensaísta, autor do ensaio, e pelos seus interlocutores. Nos ensaios pode ser possível identificar momentos das leituras (citações), das reflexões intelectuais, experiência de vida e cultural do autor que apresenta suas ideias. Os ensaios não necessitam atender nenhuma rigidez metodológica, pois, este tipo de pesquisa, privilegia a autonomia intelectual (MENEGETTI, 2011).
 - » **Pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias:** utiliza como base de análise todo o material já tornado público em relação ao

tema do estudo, principalmente, livros e artigos científicos. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto.

- » **Pesquisa documental:** utiliza documentos como base de análise, ou seja, fontes primárias, apesar de ser permitida a consulta e a exploração de fontes secundárias.
- » **Pesquisa experimental:** consiste em determinar um objeto de estudo, selecionar as variáveis que seriam capazes de influenciar, definir as formas de controle e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto. Considerações éticas e humanas impedem que os experimentos possam ser aplicados em todas as situações, o que torna este tipo de pesquisa um tanto quanto restrito nas ciências sociais.
- » **Pesquisa de levantamento (surveys):** caracterizada pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Na maior parte dos levantamentos não são estudadas todas as pessoas da população estudada, mas sim uma amostra desta população. A partir desta amostra, as conclusões são projetadas para a totalidade do universo.
- » **Pesquisa de campo, ou estudo de campo:** fundamenta-se no estudo de um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social e interação de seus componentes. Pode utilizar técnicas da

pesquisa de levantamento associadas, predominantemente, com técnicas de observação.

- » **Pesquisa de caso, ou estudo de caso:** caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos com o objetivo de conhecê-los ampla e detalhadamente.
- **População/ amostra estudada:** é o subconjunto da população que apresenta um determinado conjunto de característica (HULLEY et al., 2006). Para esse item, nos casos de pesquisa experimental específica, foram consideradas as pessoas e/ou animais utilizados para o desenvolvimento da pesquisa. Também foram consideradas as fontes primárias e secundárias nos casos de pesquisas bibliográficas ou documentais.
- **Período do estudo:** período em que se deu a coleta dos dados.
- **Referencial teórico da publicação:** definidos como instrumentos lógico-categoriais nos quais se apoia para conduzir o trabalho investigativo e o raciocínio. Trata-se de esclarecer as várias categorias que serão utilizadas para dar conta dos fenômenos a serem abordados e explicitados. Muitas vezes essas categoriais integram algum paradigma teórico específico, de modo explícito. Outras vezes, trata-se de definir bem as categorias explicativas de que se precisa para analisar os fenômenos que são objeto da pesquisa (SEVERINO, 2007).
- **Resultados obtidos:** foram explicitados os principais resultados expostos durante a discussão e conclusão dos artigos.

- **Resultados importantes:** foram destacados os pontos relevantes do item anterior e que estavam diretamente relacionados ao objetivo e as questões norteadoras desta pesquisa.

3.6 COMPARAÇÃO, RESUMO E RELATO DOS RESULTADOS

Após a leitura e análise dos 74 artigos, observou-se que 34 estudos apresentavam conteúdo que abordava total ou parcialmente as questões norteadoras deste estudo, ou seja, estavam diretamente relacionados ao tema; 22 estudos apresentavam relação com o tema, porém, não abordavam diretamente às questões norteadoras; e 18 não apresentavam nenhuma relação com o tema. Sendo assim, foram selecionados 34 estudos para o desenvolvimento dessa pesquisa conforme apresentados no Anexo 2.

A próxima etapa do estudo envolveu o confronto, resumo e relato dos resultados. O “*scoping study*” procura apresentar uma visão geral de todos os materiais analisados e, conseqüentemente, discutir de modo mais crítico acerca de um número potencialmente grande de materiais. Embora um “*scoping study*” necessite da construção de um quadro analítico ou temático, a fim de apresentar uma narrativa importante da literatura existente, não há nenhuma tentativa de apresentar uma visão sobre o “peso” das evidências em relação a intervenções específicas ou políticas. Isso ocorre porque esse tipo de pesquisa não pretende avaliar a qualidade dos achados e, desse modo, não há necessidade de determinar estudos específicos a fim de apresentar resultados robustos ou generalizáveis (ARKSEY e O’MALLEY, 2005).

Sendo assim, o examinador padrão revisou os dados extraídos e determinou os temas gerais que melhor caracterizavam o que havia emergido das fontes analisadas (unidades temáticas). A identificação das unidades temáticas relevantes para o desenvolvimento do “*scoping study*” é parte essencial do processo de mapeamento (JOHNSTON et al., 2010)

Por meio da aplicação de uma abordagem consistente para relatar os achados, foi possível realizar comparações entre os tipos de estudos; identificar evidências contraditórias a respeito do uso do termo “gestão do trabalho em saúde”; identificar lacunas na base de evidências sobre o tema, bem como analisar a possível eficácia das diferentes bases utilizadas. Por si só, a revisão da literatura proporcionou uma revisão abrangente e exaustiva da literatura disponível e identificou as numerosas lacunas na evidência base (ARKSEY e O’MALLEY, 2005).

Com relação aos resultados, este foi dividido em duas etapas, a primeira com base no primeiro objetivo específico proposto nessa pesquisa, ou seja, foi desenvolvida uma descrição da produção científica segundo autoria (autor e instituição de vínculo), meios de divulgação (periódico, ano de publicação e descritores ou palavras-chave) e tipos de estudo (abordagem metodológica e principais referenciais).

A segunda etapa ocorreu com base na análise de como a expressão “gestão do trabalho em saúde” vem sendo incorporada na produção científica brasileira. Os dados extraídos dos artigos resultaram no mapeamento de cinco temas: conceito de “gestão do trabalho em saúde”, formulação de políticas, participação dos trabalhadores nos processos de trabalho (desalienação e autonomia), precarização do trabalho e os desafios da gestão do trabalho em saúde.

4

RESULTADOS

A apresentação dos resultados e as discussões serão divididas em duas partes, a primeira constará de dados bibliométricos quantitativos a respeito de informações gerais dos artigos envolvidos na análise e a segunda parte será composta pelas unidades temáticas que emergiram da análise mais aprofundada das publicações.

4.1 INFORMAÇÕES GERAIS DAS PUBLICAÇÕES**4.1.1 Instituições de Vínculo dos Autores que Publicaram Estudos sobre Gestão do Trabalho em Saúde**

Com relação às instituições de vínculo dos autores, a Figura 4.1 mostra que o Estado que mais publicou estudos relacionados à gestão do trabalho em saúde foi o Rio de Janeiro, mais especificamente a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) representada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, pelo Observatório História e Saúde – ObservaRH, pelo Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, pelo Instituto Oswaldo Cruz e pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Das 14 instituições cariocas citadas, nove estavam vinculadas à Fiocruz.

Nove instituições, nas quais os autores estavam vinculados no momento da publicação a respeito do tema desta pesquisa, estavam no Estado do Rio Grande

do Sul. Sete instituições do estado do Ceará foram citadas como principal vínculo dos autores que publicaram artigos sobre gestão do trabalho em saúde.

As instituições localizadas no Estado de São Paulo estavam presentes em sete citações como instituições de vínculo dos autores. O Estado de Santa Catarina foi citado seis vezes e o Estado de Minas Gerais cinco vezes com relação ao vínculo dos autores que publicaram artigos sobre o tema.

De uma maneira geral, pode-se afirmar que o Sudeste brasileiro foi a região que mais publicou estudos a respeito da gestão do trabalho em saúde. Talvez isso se justifique porque, segundo dados publicados no Plano Nacional de Pós-Graduação 2011-2020 da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), mais da metade dos cursos de doutorado, mestrado profissionalizante e mestrado estão localizados nessa região (BRASIL, 2010).

Figura 4.1 Instituições de vínculo dos autores que publicaram artigos relacionados ao tema gestão do trabalho em saúde, Brasil, 2012.

A região Sul do Brasil foi a segunda região que mais publicou artigos a respeito do tema, corroborando as informações do mesmo documento da Capes, mencionado anteriormente. Tal documento afirma que as demais regiões brasileiras apresentam um decréscimo no percentual de concentração de cursos de pós-graduação, seguindo a ordem decrescente das regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte.

Por meio dos dados coletados, foi possível constatar que, dos 34 artigos incluídos nesta pesquisa, 31 estavam vinculados à instituições de ensino e muitos destes vinculados aos seus programas de pós-graduação, um artigo estava vinculado à uma instituição de ensino em parceria com uma secretaria de estado de saúde e três artigos estavam vinculados à secretarias municipais ou estaduais. Sendo assim, pode-se afirmar que as instituições de ensino foram as que mais publicam artigos sobre gestão do trabalho em saúde em periódicos científicos no período estudado.

4.1.2 Autores que Publicaram Artigos sobre Gestão do Trabalho em Saúde

Dos 34 estudos incluídos nesta pesquisa pôde-se perceber que, dentre os autores, 11 publicaram ao menos dois artigos sendo que cinco autores publicaram pelo menos um artigo como único autor e os demais como coautor.

Os autores que mais apresentaram publicações sobre gestão do trabalho em saúde foram a Professora Doutora Denise Pires (quatro artigos) e Professora Doutora Maria Helena Machado (três).

A Prof.^a Dr.^a Denise Elvira Pires de Pires é graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina, Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas e com Pós-Doutorado na University of Amsterdam. Atualmente é professora associada da Universidade Federal de Santa Catarina, atuando no Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Desenvolve pesquisas sobre o processo de trabalho em saúde e políticas de saúde¹¹.

A Prof.^a Dr.^a Maria Helena Machado é graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais, Mestre em Ciências Política pela Universidade Federal de Minas Gerais e Doutora em Sociologia pela Sociedade Brasileira de Instrução – SBI/IUPERJ. Atualmente é pesquisadora titular na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz, é coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde – NERHUS – e da Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde – MS/ OPAS – ObservaRH-ENSP. Foi Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Regulação em Saúde – DEGERTS – do Ministério da Saúde¹².

11 Disponível em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=E95563>. Acesso em 17.09.2012.

12 Disponível em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=P98217>. Acesso em 17.09.2012.

4.1.3 Periódicos que Publicaram Artigos sobre Gestão do Trabalho em Saúde

Com relação aos periódicos que publicaram pesquisas sobre gestão do trabalho em saúde, a Tabela 4.1 mostra que o periódico *Cadernos de Saúde Pública* apresentou o maior número de publicações (7/34). Esse periódico é uma publicação vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), iniciou suas publicações em 1985 e, desde 2006, apresenta periodicidade mensal. Esse periódico está indexado no Institute of Scientific Information (ISI) com fator de impacto (Fi) em 2012 de 0.1925¹³ e tem como principal linha editorial os estudos da saúde pública em geral e disciplinas afins.

A Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, vinculada à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), tem como principal linha editorial debates, análises e resultados de investigações sobre temas relevantes em Saúde Coletiva e publicou cinco artigos (5/34) a respeito do tema.

A Revista Brasileira de Enfermagem, vinculada à Associação Brasileira de Enfermagem, tem como principal linha editorial diferentes áreas do saber que sejam de interesse da Enfermagem e publicou quatro artigos (4/34).

As demais publicações estavam distribuídas em 12 periódicos nacionais diferentes.

13 Fator de impacto em um período de dois anos.

Tabela 4.1 – Número de publicações sobre gestão do trabalho em saúde, segundo periódico, Brasil, 2012.

PERIÓDICO	N	%
Cadernos de Saúde Pública	7	20,60
Ciência & Saúde Coletiva	5	14,71
Revista Brasileira de Enfermagem	4	11,77
Physis (Rio de Janeiro)	3	8,82
Divulgação Saúde e Debate	2	5,88
Revista de Administração em Saúde	2	5,88
Revista de Administração Pública	2	5,88
Texto e Contexto Enfermagem	2	5,88
Revista de Saúde Pública = Journal Public Health	2	5,88
Trabalho Educação e Saúde	1	2,94
Saúde e Debate	1	2,94
Revista Brasileira de Educação Médica	1	2,94
Revista Baiana de Saúde Pública	1	2,94
Serviço Social e Sociedade	1	2,94
TOTAL	34	100,0

4.1.4 Ano de Publicação dos Artigos sobre Gestão do Trabalho em Saúde

Com relação ao ano de publicação, não foi delimitado nenhum período para busca das publicações, mesmo assim, dos artigos incluídos nesta pesquisa, 13 foram publicados no ano de 2010 e os demais estavam distribuídos entre 1992 e 2009, sendo que há uma lacuna entre os anos de 1992 e 2000 e nos anos 2002, 2003 e 2005 em que não foram identificadas publicações a respeito do tema conforme mostra o gráfico a seguir:

Gráfico 4.1 – Distribuição dos registros da produção brasileira em gestão do trabalho na base de dados da Lilacs, Brasil, por ano de publicação.

Apesar da busca ter sido realizada em abril de 2011 e, dessa forma, ter incluído o primeiro trimestre de 2011, nenhuma publicação foi identificada nesse período.

4.1.5 Principais Descritores e Palavras-Chave Listadas nos Estudos sobre Gestão do Trabalho em Saúde

Com relação aos descritores e palavras-chave utilizados nas publicações, foi possível constatar que as palavras-chave foram muito mais utilizadas quando comparados aos Descritores em Ciências da Saúde inscritos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/DeCS/MeSH). Dos 34 artigos, seis utilizaram descritores, 27 utilizaram palavras-chave e um não registrou nenhum termo. Essa classificação, muitas vezes, depende das normas para publicação de cada periódico, pois alguns periódicos exigem a eleição de descritores de acordo com o DeCS, enquanto outros solicitam a indicação de palavras-chave.

As palavras-chave apontadas em trabalhos científicos são escolhidas livremente pelos autores e não obedecem a nenhuma estrutura, sendo normalmente retirada do texto. Os descritores são organizados em estruturas hierárquicas após controle rígido de sinônimos, significado e importância e são distribuídos de forma que facilite a busca e, posteriormente, a recuperações dos estudos relacionados aos descritores específicos (BRANDAU et al., 2005).

O DeCS foi criado pela Bireme com intuito de oferecer uma linguagem única e padronizada na indexação de artigos publicados em periódicos científicos, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros materiais. Os descritores também são úteis durante pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde como, por exemplo, Lilacs, a base utilizada para o desenvolvimento desta pesquisa¹⁴. Sendo assim, o descritor confere maior especificidade à busca realizada quando comparado à palavra-chave.

Nos artigos que constituem esta pesquisa, os descritores mais utilizados foram “Gestão em saúde”, apontado em quatro estudos, e “Recursos humanos em saúde”, apontado em dois estudos, sendo que em um deles esse descritor foi identificado no mesmo estudo que também apontou “Gestão em saúde” como um dos descritores. O Quadro 4.1 mostra a lista de descritores utilizados juntamente com “Gestão em saúde” e “Recursos humanos em saúde”.

14 Informações disponíveis em: <http://decs.bvs.br/P/decsweb2012.htm>. Acesso em: 25. 07.2012.

Quadro 4.1 – Descritores mais utilizados nas publicações relacionadas a gestão do trabalho em saúde e demais descritores relacionados na mesma publicação, em 2012.

Descritor mais utilizado	Demais descritores
Gestão em saúde	Sistemas de informação; Informática em enfermagem.
	Humanização da assistência; Organização e administração; Trabalho; Sistema Único de Saúde; Recursos humanos em saúde.
	Metodologia; Epistemologia.
	Educação em enfermagem; Aprendizagem; Cuidado*.
Recursos humanos em saúde	Trabalho, organização e administração; Satisfação no emprego; Equipe de assistência ao paciente; Serviços de saúde; Recursos humanos.

Os demais apontamentos apresentaram grande variação de descritores em um total de 21 descritores identificados.

As palavras-chave mais utilizadas foram, assim como os descritores, “Gestão em saúde” e “Recursos humanos em saúde” apontadas em sete artigos cada uma. Em quatro artigos a palavra-chave “Gestão em Saúde” foi apontada no mesmo artigo em que apareceu a palavra-chave “Recursos humanos em saúde”. Percebemos que “Sistema Único de Saúde” também foi uma palavra-chave identificada em sete artigos. O Quadro 4.2 mostra a distribuições das palavras-chave mais encontradas nos artigos incluídos nesta pesquisa.

Quadro 4.2 – Palavras-chave mais utilizadas nas publicações relacionadas a gestão do trabalho em saúde e demais palavras-chave relacionadas na mesma publicação, em 2012.

Palavra-chave principal	Demais Palavras-chave
Gestão em saúde	Descentralização; Atenção primária à saúde; <i>Sistema Único de Saúde.</i>
	Política de Saúde; Trabalhadores.
	Reforma do Estado; Reformas da saúde; <i>Recursos humanos em saúde;</i> Políticas de saúde; Economia política da saúde.
	<i>Recursos humanos em saúde;</i> Serviços de saúde.
	Administração de recursos humanos; Serviços de saúde mental; Condições de trabalho.
	Atenção primária a saúde; <i>Sistema Único de Saúde;</i> Programa de saúde da família; <i>Recursos humanos em saúde.</i>
	Trabalho e gestão em saúde; Profissões e trabalho em saúde; <i>Recursos humanos em saúde.</i>
Recursos Humanos em saúde	Democracia; <i>Sistema Único de Saúde;</i> Sistemas de saúde; Programa saúde da família.
	Gestão do trabalho; Gestão da educação.
	Público-privado em saúde; Organizações sociais em saúde

(continua)

Quadro 4.2 – Palavras-chave mais utilizadas nas publicações relacionadas a gestão do trabalho em saúde e demais palavras-chave relacionadas na mesma publicação, em 2012.

Palavra-chave principal	Demais Palavras-chave
Sistema Único de Saúde	Gestão de pessoas; Organização social de saúde; Administração em saúde.
	Qualidade de vida; Relações trabalhistas.
	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; Política estadual de gestão do trabalho; Educação permanente em saúde.
	Assistência integral à saúde; Serviços de saúde.

Foram identificadas 68 palavras-chave diferentes nos artigos estudados, destas 32 são descritores, ou seja, foram termos também localizados na página da BVS/DeCS/MeSH.

4.1.6 Abordagens Metodológicas e Tipos de Pesquisa dos Estudos sobre Gestão do Trabalho em Saúde

Após mapeamento dos 34 estudos incluídos nessa pesquisa, foi possível identificar que 29 utilizaram a abordagem metodológica qualitativa enquanto dois utilizaram a abordagem quantitativa e três a abordagem quanti-qualitativa.

Com relação ao tipo de investigação, 13 estudos utilizaram a pesquisa bibliográfica enquanto 11 estudos empregaram a pesquisa de campo, sete utilizaram a pesquisa/estudo de caso, dois utilizaram como tipo de pesquisa o ensaio e um estudo utilizou a pesquisa de levantamento (survey).

A maior parte dos estudos relativos à gestão do trabalho em saúde utilizou a abordagem qualitativa a partir da pesquisa bibliográfica. De acordo com MINAYO (1992) a pesquisa qualitativa nas ciências sociais que tem por interesse abordar os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes humanas enfoca uma realidade que não pode ser quantificada. Ela visa produzir conhecimento sobre as relações que caracterizam os fenômenos e processos sociais a fim de gerar uma interpretação sobre realidades que não podem ser reduzidas a um conjunto de variáveis numericamente mensuráveis.

4.1.7 Estudos Referenciados nos Artigos sobre Gestão do Trabalho em Saúde

Os artigos incluídos nessa pesquisa foram analisados quanto às referências utilizadas para fundamentar suas discussões, em um total de 705 referências diferentes.

Tais referências foram classificadas em livros, incluindo capítulos; artigos publicados em periódicos científicos; matéria de jornais e revistas; teses, incluindo dissertações de mestrado e teses de doutorado; e documentos (consideradas as publicações da OMS, OPAS, dos ministérios, secretarias estaduais e municipais, leis, portarias, entre outros).

De todas as referências citadas, 155 eram documentos, destes 81 eram publicações do MS, ou seja, aproximadamente 52% das referências que diziam respeito aos documentos foram publicados pelo MS.

Dentre os 81 documentos do MS, seis eram publicações da SGTES. Do restante, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1.988 e o documento relacionado aos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) foram os mais citados entre os artigos.

Com relação às demais publicações, os autores mais citados foram: Roberto Passos Nogueira com 17 publicações diferentes citadas e, das quais, três são documentos; Maria Helena Machado com 16 publicações citadas, das quais duas são documentos, e Gastão Wagner de Souza Campos com 12 incluindo um documento.

No demais, foi possível observar presença marcante de outros autores que foram citados com determinada frequência como, por exemplo, Célia Regina Pierantoni, Emerson Elias Merhy, José Francisco Paranaguá de Santana, Ricardo Antunes, entre outros.

A partir dessa análise, pode-se afirmar que algumas referências presentes nos artigos são reincidentes. Esse cenário pode estar relacionado ao fato de que os autores mais citados também publicaram estudos enquanto vinculados ao MS ou a OPAS.

Percebe-se então que o tema gestão do trabalho em saúde é predominantemente explorado por um pequeno grupo de especialistas.

4.2 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: A INCORPORAÇÃO DA EXPRESSÃO

4.2.1 Conceito de Gestão do Trabalho em Saúde

Esta unidade temática trata do principal objetivo desta pesquisa relacionado com a análise da expressão “gestão do trabalho em saúde” principalmente no que diz respeito à sua incorporação e compreensão como conceito.

Antes de ser iniciada a discussão a respeito do conceito de gestão do trabalho em saúde é necessário estabelecer distinção entre conceito e palavra. Com base nos estudos de Reinhart Koselleck, pesquisador alemão que se dedicou à reflexão teórico-metodológica a respeito da história dos conceitos (*Begriffsgeschichte*), toda palavra remete a um sentido e, conseqüentemente, indica um conteúdo. Porém, nem todos os sentidos atribuídos às palavras são relevantes do ponto de vista da história dos conceitos, pois, toda formulação de conceito depende de certo grau de teorização cujo entendimento necessita ser reflexivo (KOSELLECK, 1992).

Um conceito está diretamente relacionado àquilo que se quer compreender, ou seja, não se trata apenas de fenômeno linguístico, mas também devem ser considerados fatores para além da língua como, por exemplo, conflitos políticos e sociais existentes no momento em que o conceito foi pensado, falado ou expressado. Além disso, os conceitos são alterados com o passar do tempo e

influenciados pela experiência de quem os utilizou e de quem os recebeu/ interpretou (KOSELLECK, 1992; JASMIN, 2005).

Sendo assim, para analisar a expressão “gestão do trabalho em saúde” recorreu-se à fórmula proposta por Koselleck e que observa as mudanças dos conceitos de acordo com a realidade. Considerando que de um lado exista um estado de coisas, e de outro um conceito, são possíveis quatro situações de mudança: (1) o estado de coisas e o conceito permanecem estáveis ao longo do tempo; (2) o conceito e a realidade transformam-se simultaneamente; (3) os conceitos mudam sem que haja uma mudança concomitante com a realidade, ou seja, a mesma realidade é conceituada de maneira diferente; e (4) o estado de coisas muda, mas o conceito permanece o mesmo (KOSELLECK, 1994 apud JASMIN, 2005).

Com base nas situações apresentadas, existe a hipótese de que o conceito de gestão do trabalho em saúde se modifica sem que haja mudança na realidade do trabalho e de seus processos de gestão.

Nos levantamentos feitos a respeito da incorporação da expressão gestão do trabalho foi identificado o uso dessa expressão pela primeira vez em uma publicação datada de 1991, na área da administração de empresas, feita pela Prof.^a Dr.^a Rosa Maria Fischer, professora titular da Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo. O texto enfoca o trabalho e sua gestão como fator estratégico para o processo de modernização das organizações complexas, destacando a necessidade de se valorizar o fator trabalho que, segundo a autora, constitui pedra de toque para repensar a política de gestão de recursos humanos no Brasil, tanto em nível institucional quanto organizacional.

Ainda, segundo a autora, há necessidade de se compreender o complexo “jogo de influências” que ocorre tanto em nível institucional quanto organizacional e que são reais definidoras dos padrões de gestão do trabalho para que, assim, haja efetivo desenvolvimento econômico e social do País (FISCHER, 1991, p.86).

Em saúde, a expressão gestão do trabalho foi utilizada em um artigo do Dr. José Francisco Paranaguá de Santana, coordenador da Unidade Técnica de Políticas de Recursos Humanos em Saúde da OPAS, que data de 1992 publicado na revista Saúde em Debate. Na publicação em questão, o autor discute a deterioração da qualidade dos serviços de saúde e relaciona com três aspectos distintos, porém interligados, ou seja, a redução do gasto e do investimento público, a aplicação desordenada ou inadequada de novas tecnologias na área da saúde e a deficiência de disponibilidade e uso de recursos humanos (SANTANA, 1992).

Apesar dos textos citados trazerem contextos diferentes, Santana e Fischer apresentam um ponto de convergência no que diz respeito a necessidade de que entraves e limitações nos processos de gestão do trabalho sejam superados, nesse caso, levando-se em consideração as peculiaridades de cada setor de atividade.

Em 1993, o Relatório Final da 2ª CNRHS fez referência à expressão afirmando que os problemas que dizem respeito à gestão do trabalho como, por exemplo, falta de investimentos na regulação do mercado de trabalho, na qualificação dos trabalhadores e na melhoria das condições de trabalho, não poderiam ser equacionados sem reconhecer as especificidades do trabalho e do processo de trabalho em saúde nos diversos níveis (BRASIL, 1994).

Porém, foi a partir da 12ª CNS em 2003 e a criação da SGTES que a gestão do trabalho em saúde recebeu impulso passando, inclusive, a ser considerada como uma área estratégica do MS e, conseqüentemente, do Governo Federal. Dentre as diretrizes gerais publicadas no Relatório Final da 12ª CNS contavam a convocação da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde¹⁵ e a promoção de fóruns de discussão sobre a gestão do trabalho.

De acordo com uma publicação de 2004 feita pela SGTES, órgão do Poder Executivo Federal responsável pela formulação de planos e políticas de saúde, a gestão do trabalho em saúde aborda quesitos relacionados ao trabalho, ao trabalhador e suas relações, considerando, além da questão técnica, as mudanças que ocorrem a partir dessas relações, seja nos processos de trabalho, nas ações dos trabalhadores e, principalmente, nas pessoas. Após essa publicação, outros especialistas têm empregado esse conceito como base para a discussão de resultados em estudos sobre o tema (BRASIL, 2004c; BENITO e LICHESKI, 2009; JUNQUEIRA et al., 2009; MEDEIROS et al., 2010).

Para BENITO e LICHESKI (2009) a eficiência do sistema de saúde depende fundamentalmente da gestão do trabalho que pressupõe, além dos quesitos citados acima, questões relacionadas à valorização do trabalhador e do seu trabalho, dando atenção especial à despreciação do trabalho.

Vale lembrar que a despreciação do trabalho depende de sua adequada regulação e regulamentação, que, de acordo com RAMOS et al. (2009) e outros autores citados anteriormente, inclui ações e relações de gestão, educação per-

15 Nota-se que houve mudança no nome da Conferência, fato que será discutido posteriormente.

manente em saúde, diretrizes de trabalho, modelos de atenção, plano de carreira, cargos e salários, saúde ocupacional, etc.

Se os princípios gerais do SUS forem considerados, RAMOS et al. (2009) consideram que a gestão do trabalho também deve envolver:

questões relacionadas à vida funcional do trabalhador (ingresso, provimento, movimentação, enquadramento, desenvolvimento na carreira e garantia de direitos trabalhistas), as garantias de condições adequadas de trabalho, participação dos trabalhadores na formulação de políticas (Plano de Cargos, Carreiras e Salários) e na criação de espaços de negociação (RAMOS et al., 2009, p.44).

Desta forma, deve-se considerar o sentido amplo da gestão do trabalho em saúde uma vez que envolve não só o trabalho, mas quem o executa, como executada e quais condições estão envolvidas nessa relação entre o trabalho e o trabalhador, considerando toda a suas interfaces.

Nesse mesmo sentido JUNQUEIRA et al. (2009) afirmam que a gestão do trabalho não pode ser considerada apenas como questão tecnopolítica, mas como articulação de ações que extrapolam os limites físicos das instituições; aperfeiçoam e ampliam a qualidade da atenção integral, o domínio do conceito de saúde e o fortalecimento do controle social no sistema, ou seja, a democratização da saúde.

LACAZ et al. (2010) complementam que gestão do trabalho em saúde remete ao conceito de necessidades que envolvem condição de vida, acesso às tecnologias; estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários e a autonomia desses usuários. De acordo com os autores, gestão do trabalho remete também às tecnologias duras, leve-duras e leves.

Para HENNINGTON (2008), a gestão do trabalho deve ser vista como um processo contínuo e que ocorre tanto nos espaços implícitos quanto nos explícitos de negociação. Dessa forma:

A gestão dos processos de trabalho é vital para a política de humanização em saúde porque pressupõe o conhecimento e a consideração não só das questões macrosociais, políticas e econômicas, mas também de saberes e fazeres produzidos e legitimados no dia a dia dos trabalhadores da saúde e na concretude de suas práticas, nesse espaço microtransgressor, fonte de criatividade e também de resistência (HENNINGTON, 2008, p.560).

De acordo com o DEGERTS, “a gestão do trabalho em saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Dessa maneira, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local”¹⁶.

Nesse mesmo contexto, um estudo realizado por FERNANDES et al. (2010) mostrou que a gestão do trabalho foi considerada como característica importante para pensar e fazer o gerenciamento em saúde, além disso a gestão do trabalho deve visualizar o ser humano, o ambiente e a integração dos diversos saberes.

Em uma dimensão mais ampla, MENDONÇA et al. (2010, p. 2356) afirmam que a gestão do trabalho em saúde, especificamente no setor público, é entendida como “o esforço do Estado, nos diferentes níveis de governo, de regulação das relações sociais de trabalho, capacitação e formação profissional dos agentes sociais e criação de condições adequadas de trabalho”.

16 Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1013. Acesso em 28.07.2012

A gestão do trabalho em saúde pode ser considerada, então, uma ação de âmbito macrossocial, sob a responsabilidade do Estado, e mesossocial, envolvendo sindicatos, entidades e instituições, e cujos efeitos incidem sobre os usuários, os trabalhadores, os gestores e os gestores do sistema, ou seja, na dimensão microssocial. Porém, existe uma dependência frente à ação do Estado que regula a ordem social e econômica e, tradicionalmente, intervém nas relações de trabalho e capital, como consequência, “as práticas de gestão tendem a reduzir-se à postura legislativa que define o valor do fator trabalho e o padrão das relações estabelecidas no âmbito organizacional, exclusivamente, em função da obrigatoriedade das normas jurídicas efetivas” (FISCHER, 1991, p. 88).

Para SANTANA (1992) há que ter uma visão mais ampla acerca do tema gestão do trabalho considerando sua dimensão econômica, enquanto relação de troca entre capacidade de trabalho e salário; sua dimensão político-ideológica, enquanto relação de poder e espaço de conflitos; e sua dimensão organizativa do processo produtivo, enquanto relações interpessoais decorrentes da divisão do trabalho.

Talvez a dicotomia entre política e administração se justifique por um problema central da burocracia, assim como afirma MARTINS (1998, p.121), “o problema da dicotomização no contexto da governança contemporânea ocorre porque as formas burocráticas, estatais ou não, engendradas em sua operação não asseguram o desenvolvimento de adequados recursos organizacionais e institucionais de inserção e regulação política”.

Como resultado, parte das recomendações do Estado que não está sujeita a regulamentação e fiscalização específica é simplesmente ignorada ou relegada a segundo plano (FISCHER, 1991).

Embora macrossocial, sua aplicação pode se dar também em nível mesossocial, ou seja, nas agências de mediação entre trabalhadores e empresários, como por exemplo, sindicatos, associações, federações, setores empresariais e cadeias produtivas e em nível microsocial, pois reflete no local de trabalho, nos processos de trabalho, na empresa e nas organizações, nos quais se estabelecem as políticas de gestão do trabalho (NOGUEIRA, 2002).

Com relação à dimensão microsocial, PIMENTA e LIVORATO publicaram um estudo em 2009 que relatou a experiência de construção e implantação da ferramenta de Educação Permanente no Município de Amparo no Estado de São Paulo. Nesse estudo, a gestão do trabalho incluiu ações nas seguintes áreas de atuação: ampliação do quadro de trabalhadores da saúde para atender às novas necessidades; ampliação dos espaços de participação popular e controle social do Sistema Municipal de Saúde; e criação de cargos, todos preenchidos através de concursos públicos.

De uma maneira geral, pode-se afirmar que existe um consenso entre os autores de que gestão do trabalho em saúde trata da relação do trabalhador com o seu trabalho e envolve a valorização do trabalho e do trabalhador por meio da regulação, regulamentação do trabalho com condições adequadas e despreciação do trabalho.

Com relação ao trabalhador, também é consenso entre os autores que a gestão do trabalho deve envolver questões relacionadas a toda a vida funcional do trabalhador desde o seu ingresso até a garantia dos direitos trabalhistas, perpassando pela sua capacitação e formação e pela sua participação nos processos de trabalho e na formulação das políticas, ou seja, a sua desalienação.

Apesar dos pontos consensuais percebe-se que, além do conceito de gestão do trabalho em saúde, os autores também abordam outros aspectos que incluem a formulação de políticas em gestão do trabalho, a participação dos trabalhadores, sua desalienação e autonomia nos processos de trabalho, a precarização do trabalho, entre outros. Essa abordagem variada leva a crer, em alguns momentos, que os autores conceituam a gestão do trabalho em saúde de maneira diferente. Na verdade, esse conceito é apresentado de acordo com a interpretação de cada autor dependendo das mudanças e inovações nos significados e nas aplicações dos conceitos políticos e sociais e nas transformações estruturais do governo, da sociedade e da economia.

4.2.2 Formulação de Políticas em Gestão do Trabalho em Saúde

A formulação de políticas sobre gestão do trabalho em saúde foi tema frequente entre os artigos estudados e esteve, inclusive, fundamentando muitas discussões. De acordo com SARAIVA (2006), a formulação de políticas mostra-se como forma moderna de lidar com as incertezas decorrentes das rápidas mudanças do contexto, principalmente, se tratarmos do mundo do trabalho.

Apesar de existirem inúmeras definições para o que seja política pública, SARAIVA (2006) afirma que diz respeito ao fluxo de decisões formuladas com o intuito de manter o equilíbrio social ou iniciar desequilíbrios para que a realidade seja modificada. As políticas são consideradas como estratégias com diversos fins, mas que, sobretudo, estão direcionadas aos grupos que participam do processo decisório e que podem, ou não, estar diretamente envolvidos.

Com uma perspectiva mais operacional, poderíamos dizer que ela é um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos (SARAIVA, 2006, p. 29).

Com relação a gestão do trabalho, nota-se que a preocupação com a capacidade de reprodução ou inovação das políticas públicas voltadas aos profissionais de saúde é histórica, como é possível constatar em trecho do relatório da 3ª CNS, ocorrida em 1963 e abaixo transcrito:

O adestramento (sic) do pessoal técnico, o aperfeiçoamento e a especialização de profissionais que se dedicam ao trabalho sanitário, representam tópico de relêvo (sic) no programa executado pelo Ministério da Saúde. (...) A revisão dos currículos, com o objetivo de ajustar a formação técnica aos níveis de demanda efetiva dos programas, deverá constituir uma das preocupações fundamentais na nova política a ser implementada (BRASIL, 1963, p.24).

MOYSES e MACHADO (2010) também destacam o aumento das atividades interministeriais que visavam estudar, principalmente, a formação e a qualificação dos profissionais de saúde no Brasil, nitidamente a partir do II Plano Nacional de Desenvolvimento, lançado em meados de 1974, e da Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde e em seu Art. 1º, inciso III, alíneas a, b, c e d que afirmavam:

III - O do Ministério da Educação e Cultura, incumbido principalmente da formação e da habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde, cabendo-lhe particularmente:

- a) Orientar a formação do pessoal de saúde para atender às necessidades prioritárias da área, em quantidade e em qualidade;
- b) Manter os hospitais universitários ou de ensino, zelando para que, além de proporcionarem elevado padrão de formação e aperfeiçoamento profissional, prestem serviços de assistência à comunidade em que se situem;
- c) Orientar as universidades que incorporam a formação de pessoal para as atividades de saúde, no sentido de se capacitarem a participar do processo de avaliação e planejamento das atividades regionais de saúde;
- d) Promover a integração progressiva dos hospitais e institutos de treinamento de pessoal de saúde no Sistema Nacional de Saúde, aparelhando-os para desempenhar as funções que lhes forem atribuídas pelo sistema e ampliando a área de treinamento pela utilização de outras instituições de prestação de serviços pessoais de saúde do Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, 1975).

A lei supramencionada foi revogada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que direciona a implantação e implementação do Sistema Único de Saúde.

Além das questões voltadas à formação e qualificação dos profissionais, em 1976, a OIT lança o Programa Internacional para o Melhoramento das Condições de Trabalho (PIACT) com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e incluir a participação dos trabalhadores nas decisões relativas à sua vida e às suas atividades laborais (LACAZ, 2010). Talvez essa tenha sido a primeira vez em que a participação dos trabalhadores e a melhora de suas condições de trabalho receberam ênfase em um programa internacional em detrimento aos aspectos técnico-educativos.

Apesar de temas relacionados ao trabalho em saúde já terem sido enfocados nas conferências nacionais de saúde ocorridas anteriormente, em 1941 e 1950, pode-se afirmar que a discussão a respeito da importância dos profissionais para

a qualidade e funcionamento do serviço de saúde recebeu destaque como política em 1986 com a 8ª CNS que, em seu relatório final, foram elencados alguns princípios relacionados à política de recursos humanos do então denominado Sistema Nacional de Saúde, dentre os quais destacam-se a adequação da remuneração; estabelecimento de plano de cargos e salários; e capacitação e educação permanente (BRASIL, 1986b).

Um pouco antes da 8ª CNS, ainda no mesmo ano, o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social, o MS e a OPAS, em parceria com instituições universitárias, iniciaram projetos de investimento na qualificação e formação de pessoal técnico-dirigente para área de recursos humanos. Naquele momento foi desenvolvido o projeto que seria posteriormente conhecido nacionalmente como CADRHU – Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos. O CADRHU foi efetivamente implementado com a realização dos primeiros cursos de capacitação no ano de 1987 (BRASIL, 1999).

Alguns autores afirmam que o CADRHU pode ser considerado como um dos exemplos de investimento realizado na formação de pessoal e de contribuição para a visibilidade da área de recursos humanos (CASTRO e SANTANA, 1999; PIRES-ALVES et al., 2008)

As discussões ocorridas na 8ª CNS possibilitaram a realização, no mesmo ano, da I CNRHS que, em seu Relatório Final, destaca a valorização do profissional tendo sido, inclusive, o primeiro item abordado nesse relatório. Esse período foi marcado por discussões a respeito da formação e qualificação dos

profissionais e sua importância para o efetivo funcionamento do sistema de saúde, público e privado.

A tônica das discussões ocorridas na I CNRHS estavam relacionadas, entre outras coisas, a necessidade de adequação da formação dos profissionais de saúde, principalmente os de nível médio; adequação dos processos de recrutamento e seleção com necessidade de implantação de concursos públicos regionalizados, descentralizados e transparentes; possibilidade de ascensão e desenvolvimento profissional; e regulamentação das jornadas e regimes de trabalho. Além disso, foi observado alto grau de consenso sobre a necessidade de formulação e implementação de uma nova política para a área (BRASIL, 1986a; CASTRO e SANTANA, 1999).

A II CNRHS ocorreu em 1994, após a IX CNS em 1992, e foram discutidas questões relacionadas aos trabalhadores de saúde destacando a necessidade de investimentos na regulação do mercado de trabalho, qualificação dos profissionais e melhoria das condições de trabalho, considerando que sem esses três requisitos, pouco poderia ser realizado pelo sistema de saúde frente aos desafios do país (BRASIL, 1994).

No mesmo ano da II CNRHS, a Representação da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil publicou o documento de número cinco da Série Desenvolvimento de Recursos Humanos contendo reflexões a respeito do trabalho em saúde, com ênfase nos serviços públicos, e com o relato de experiências brasileiras. Nesse documento, fica explícito que a gestão do trabalho tem relação direta com o desempenho das

organizações de saúde, sendo assim, recomenda-se que as organizações adotem práticas de gestão mais participativas e flexíveis, principalmente no que diz respeito as formas de remuneração (SANTANA, 1994).

Além disso, a gestão do trabalho em saúde deve ter como objetivo: a humanização, o compromisso e a motivação dos profissionais; a mediação de conflitos de interesse entre os profissionais ou na relação com os usuários; e a contribuição para o controle da produção e da qualidade (SANTANA, 1994).

A 10ª CNS, ocorrida em 1996, propôs que fosse desenvolvida uma Política de Recursos Humanos para a Saúde que contemplasse a composição de uma equipe multiprofissional de acordo com as necessidades epidemiológicas e sociais da população com recursos, tecnologias e educação permanente adequadas, entre outros requisitos. Nessa conferência, propôs-se o desenvolvimento de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH) com princípios que regulassem a ação e a relação das esferas de governo no que diz respeito aos trabalhadores do SUS (BRASIL, 1998).

A 10ª CNS também propôs a realização da III CNRHS a ser realizada até julho de 1997, mas que, porém, só seria realizada em 2006, após a 12ª CNS.

Em 1998 foi aprovada a Declaração Sociolaboral do Mercado Comum do Sul (Mercosul) que apresenta políticas de emprego e de mercado de trabalho e reúne direitos trabalhistas consensualizados entre os Estados Partes (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai). A partir de então, no Brasil, uma parceria de trabalho entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e o Ministério do Trabalho e Emprego têm resultado em trabalhos, baseados no diálogo entre

instituições e atores, que objetivam principalmente a formulação de políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde (MACHADO et al., 2007).

De acordo com MACHADO et al. (2007), por outro lado, pode-se também constatar que, de todas as Resoluções advindas do Grupo Mercado Comum (GMC) do Mercosul referentes à saúde, poucas dizem respeito diretamente à gestão do trabalho e à educação na saúde, ficando restritas às discussões a respeito da não-discriminação, promoção da igualdade, trabalhadores migrantes e fronteiriços, eliminação do trabalho forçado, trabalho infantil e de menores e direitos dos empregadores (BRASIL, 2008).

Em novembro de 1998, foi elaborada e divulgada a primeira versão do documento “Princípios e Diretrizes para NOB/ RH – SUS” que viria ser a mais importante Política de Recursos Humanos para a Saúde. Essa versão foi colocada em discussão por membros das Comissões do Conselho Nacional de Saúde e, em 2000, foi divulgada sua segunda versão (BRASIL, 2005).

Alguns anos depois, por meio da Resolução nº 330 de 4 de novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde resolve aplicar os princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH – SUS) como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS e que foi publicada apenas em 2005, em sua terceira edição revista e ampliada (BRASIL, 2005).

A 12ª CNS ocorreu entre os dias 7 e 11 de dezembro de 2003 e, em seu Relatório Final, publicado em 2004, especificamente relacionado ao eixo temático VII: O Trabalho na Saúde, houve mais uma vez destaque à importância dos

trabalhadores da saúde com a afirmação de que a qualidade do trabalho está diretamente relacionada a condições de trabalho e capacitação com seu exercício, com remuneração justa. Além disso, foi possível constatar, pela primeira vez, o uso do termo “gestão do trabalho” em detrimento ao termo “gestão de recursos humanos” com menção a uma possível crítica a esse último, como sugerem os trechos abaixo:

A gestão do trabalho e da educação na saúde é uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS. Cabe ao Ministério da Saúde propor, acompanhar e executar as políticas de gestão do trabalho e de regulação profissional, de negociação do trabalho em saúde, junto com outros segmentos do governo e os trabalhadores, e o incentivo à estruturação de uma política de gestão do trabalho nas três esferas de governo, envolvendo os setores público e privado que compõem o SUS. (...) Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente, respeitando-se as diferenças de gênero, étnico-raciais e de orientação sexual. Por isso, os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área da Saúde (BRASIL, 2004a, p.115).

A 12ª CNS também reforçou, aos gestores das três esferas de governo, a imediata adoção da Política Nacional de Gestão do Trabalho no SUS como instrumento efetivo para consolidação do SUS e, conseqüente, valorização do trabalhador e vínculo deste com os serviços de saúde pública (BRASIL, 2005).

No mesmo ano em que ocorreu a 12ª CNS, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde com dois departamentos distintos, um que trataria da gestão da educação e outro da gestão do trabalho. Concomitante com a criação da secretaria, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS foi reiniciada. Para MACHADO (2009), a gestão do trabalho passou a ser vista, neste momento, como política de Estado considerando a relações de trabalho e suas implicações como centrais para a dinâmica do SUS.

Ainda em março de 2006 seria realizado o terceiro encontro nacional para discutir o tema “recursos humanos em saúde”, porém, esse encontro apresentaria uma mudança em seu nome, sendo então denominado III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. A crítica ao termo “recursos humanos” foi reforçada nesta conferência principalmente durante a fala do então secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e coordenador da conferência, Francisco Eduardo Campos: “os trabalhadores da Saúde não são um insumo adicional que se agrega aos recursos financeiros, tecnológicos e de infraestrutura para produzir serviços: são os próprios serviços de saúde” (DOMINGUEZ, 2006,p.8).

Como resultado, a expressão “recursos humanos” foi substituída no nome da conferência e em todos os seus documentos por “gestão do trabalho e da educação”. De acordo com MOYSES e MACHADO (2010), embora se reconheça o termo “recursos humanos” como consagrado e utilizado na literatura mundial, não fazendo referência exclusivamente à sua conceituação clássica, a abordagem de gestão do trabalho corresponde melhor à dinâmica presente nas relações que preside a construção e consolidação do SUS.

JUNQUEIRA et al. (2010) consideram a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e o I Simpósio sobre condições de saúde e trabalho no setor de saúde, promovido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com ABRASCO, MS e OPAS, realizado um ano depois, como dois eventos de extrema importância pois possibilitou o encontro

de trabalhadores, representantes de conselhos de saúde, usuários e gestores, para discussão de metas e estratégias que pudessem superar problemas relacionados ao trabalho em saúde, propiciando o amadurecimento político de todos os envolvidos com buscas à soluções concretas, reais e politicamente corretas para uma gestão democrática.

Ainda em 2006 foi publicada a Portaria/ GM nº 929, de 2 de maio de 2006, que institucionalizou o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, criado em 2004, e vinculado ao DEGERTS. Esse fórum foi criado com o objetivo de dar suporte às decisões da Coordenação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional e, entre outras coisas, apresentar proposições que subsidiassem a formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde e que resultem em maior cobertura e qualidade de atenção à saúde da população, principalmente àquelas localizadas nas regiões de fronteira do Mercosul (MACHADO et al., 2007).

Como influência de toda essa movimentação em prol da adoção de uma política de gestão do trabalho em saúde, muitos estados brasileiros iniciaram processos para desenvolvimento de políticas locais de gestão do trabalho. A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia pode ser citada como exemplo já que em 2007 iniciou processo de formulação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde (PGTES) com destaque para o desenvolvimento dos sujeitos que fazem parte do processo de trabalho em saúde. Para a PGTES, esse sujeito deveria ser entendido não apenas em sua dimensão técnica, mas também em sua dimensão ético política (RAMOS et al., 2009).

Após quase 10 anos da instituição da SGTES, alguns programas e ações foram implementados destacando-se (BRASIL, 2011):

- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde – Profaps
- **Pró-Saúde:** Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
- **Telessaúde:** Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes
- **Pet-Saúde:** Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
- **UnA-SUS:** Universidade Aberta do SUS
- **Pró-Residência:** Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
- **Residência:** Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde
- **ObservaRH:** Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde, instituída oficialmente desde 1999 como parte de um projeto de âmbito continental da OPAS/OMS para os países da Região das Américas e que, atualmente, congrega 21 países¹⁷.

Além dos programas e ações citados acima, PIERANTONI et al. (2008) afirmam que são competências vinculadas à gestão do trabalho no SUS: Plano de Cargos, Carreiras e Salários - PCCS, Mesa Nacional de Negociação Permanente

¹⁷ Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/index.htm>. Acesso em 02.08.2012.

do SUS – MNPN-SUS, Sistema Nacional de Informação em Gestão do Trabalho no SUS - InforSUS, Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS e o Sistema Nacional de Informação em Gestão do Trabalho no SUS - DesprerizaSUS.

A criação da SGTES, em 2003, representou um marco para a gestão do trabalho em saúde no Brasil, principalmente no que diz respeito ao envolvimento do Ministério da Saúde no gerenciamento dos trabalhadores do SUS em nível federal.

MOYSES e MACHADO (2010) também reforçam que a multiplicidade de comissões, conferências, comitês gestores, mesas de negociações, entre outros colegiados, todos esses marcos na história vêm estimulando o desenvolvimento de políticas que, seja em fase de debate, implantação ou implementação, têm ampliado a visibilidade do campo “Gestão do Trabalho em Saúde”.

Ainda assim, JORGE et al. (2007) afirmaram que as políticas relacionadas ao trabalho e aos profissionais de saúde ainda são implementadas de forma tímida, sendo muito vulnerável aos interesses da sociedade e aos impostos pela política econômica. Tais políticas permanecem ainda no campo teórico e nas discussões entre especialistas e profissionais gestores e não influenciam de maneira considerável as ações de gestão do trabalho com envolvimento dos trabalhadores.

De uma maneira geral, pode-se afirmar que a formulação de políticas voltadas à gestão do trabalho em saúde representou importante iniciativa para a melhoria das condições de trabalho e da qualidade na formação dos profissio-

nais de saúde. As conferências nacionais foram espaços de discussão a respeito do trabalho em saúde e resultaram no desenvolvimento de políticas específicas.

Apesar das discussões amplas e aprofundadas ocorridas nos últimos anos, as aplicações práticas continuam escassas e distantes do idealizado.

4.2.3 Participação dos Trabalhadores nos Processos de Trabalho: Desalienação e Autonomia

Muitas publicações a respeito dos trabalhadores, principalmente aqueles vinculados aos serviços de saúde, dão importante destaque ao debate da autonomia dos profissionais como forma de impedir que permaneçam alienados aos processos de trabalho e afastados das decisões importantes que são tomadas dentro das instituições.

A alienação é resultado de uma organização do trabalho em que há divisão de tarefas em partes fragmentadas do processo de trabalho, atrelada à fixação do profissional em uma determinada etapa deste processo e a perda de controle dos meios de produção (MATOS e PIRES, 2006).

Na saúde, especificamente, o trabalho acontece principalmente na modalidade de trabalho coletivo multiprofissional e em cooperação, porém, muito caracterizado pela fragmentação das ações e crescente divisão do trabalho (CAMPOS e DOMITTI, 2007). No trabalho em saúde é possível perceber que cada área técnica desempenha uma parte do processo e não há possibilidade de mudança de área, uma vez que isso implicaria em uma nova formação técnico-profissional (SCHERER et al., 2009). Sendo assim, tais características dão pos-

sibilidades ao desenvolvimento de um trabalho cada vez mais alienado por parte de seus executores, ou seja, os profissionais.

Apesar de quase toda atividade profissional da atualidade exigir mão-de-obra qualificada, com entendimento cognitivo de todo o processo de trabalho, MACHADO (2000) afirma que a concepção de trabalho ainda está em franca alteração, exigindo, ainda hoje, a formação de equipes de trabalho que sejam responsáveis por um conjunto de atividades relacionadas a uma área de produção específica.

VIEGAS et al. (2010) salientam também que a realização do trabalho atual ainda mostra que algumas atividades estão distantes do que se conhece como trabalho integral, ou seja, muitas tarefas são pontuais e fragmentadas. Em decorrência dessa realidade, a produção da alienação da classe trabalhadora quanto aos processos de trabalho em saúde é uma questão a ser debatida, uma vez que a fixação do profissional em alguma etapa do processo, com repetição mecânica de atos parciais, leva à alienação e à perda da visão do todo e de como o trabalho de cada um está inserido nesse todo.

Para reforçar as características acima descritas a respeito do trabalho em saúde, CAMPOS (2010) ressalta que há um esforço das instituições contemporâneas em estimular o desenvolvimento, implantação e implementação de protocolos que sirvam de condutores de comportamentos. Essa racionalidade gerencial hegemônica busca, de maneira utópica, “reduzir o sujeito do trabalho a um objeto, a um recurso maleável conforme o planejamento e programas definidos pela direção ou por ‘quem entende do assunto’, em geral especialistas que

pensam e planejam afastados do espaço onde se realiza o trabalho” (CAMPOS, 2010, p. 2338).

Diante do exposto, há que se discutir e estimular a participação dos profissionais nos processos de trabalho junto aos gestores e representantes das instituições de saúde visto que não é possível mudar tais características alienatórias sem que a cultura das organizações seja também modificada.

Para JUNQUEIRA et al. (2010), o trabalho alienado reforça ainda mais sua fragmentação pela existência de situações de privilégios e impede o desenvolvimento de profissionais autônomos e possuidores de identidade coletiva.

Além disso, a organização e o gerenciamento do trabalho nos serviços de saúde, principalmente no ambiente hospitalar sofre, até hoje, influência predominante do modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático. O modelo taylorista/fordista, em especial, sugeriu métodos e sistemas para racionalização do trabalho atrelados ao controle do conhecimento do operário submetendo-o ao comando do gerente e a fragmentação e hierarquização do trabalho (MATOS e PIRES, 2006).

Nesse modelo, o que pode ser observado, é a tradição também nos processos dos departamentos responsáveis pela gestão do trabalho que centram suas atribuições na administração e controle de pessoal (MELLO e AMÂNCIO FILHO, 2010).

Ademais, apesar de outras metodologias administrativas terem sido difundidas, principalmente a partir da década de 1980, especialmente no que dizem respeito à participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisões,

as grandes instituições hospitalares realizam a gestão do trabalho com os mesmos métodos adotados em grandes fábricas. As atividades são desenvolvidas como linha de produção, ou seja, atendimento em massa, cirurgias em massa, internações contabilizadas pelo seu gasto financeiro, leitos em série e atendimentos sequenciais sem tempo de parada (SODRÉ, 2010).

MACHADO (2000) ainda complementa que as instituições complexas têm suas estruturas concebidas em modelos mais burocráticos e, desta maneira, ameaçam a autonomia dos profissionais. O modelo burocrático tende a tratá-los como trabalhadores de fábrica no que se refere às condições de trabalho e à ordenação de funções e papéis.

De acordo com PIERANTONI (2001), as transformações do trabalho em saúde, especialmente do profissional médico, merecem destaque, uma vez que a expansão do modelo empresarial da prática médica está diretamente relacionada com a perda progressiva da autonomia profissional.

Essa perda da autonomia está associada, por um lado, com a crescente dependência do profissional médico de um instrumental auxiliar tanto para procedimentos diagnósticos como terapêuticos, e de outro, pela perda efetiva do status de exercício liberal da profissão, estabelecida por formas diretas e indiretas de assalariamento (PIERANTONI, 2001, p. 352).

A afirmação de Pierantoni faz suscitar uma preocupação cada vez mais crescente a respeito dos trabalhadores de saúde que, cada vez mais, não têm a possibilidade de buscar sua autonomia, como é o caso dos profissionais de enfermagem que, em sua maioria, tem o seu trabalho totalmente vinculado a um serviço de saúde. Tais profissionais estão sujeitos à perda progressiva da autonomia e veem o seu trabalho cada vez mais desvalorizado.

GARIBOTTI et al. (2006) reforçam as ideias expostas anteriormente quando destacam que na gestão dos processo de trabalho, os espaços de escuta, de participação e de tomada de decisões, que incluam os trabalhadores de saúde, estão cada vez mais escassos. Sendo assim, como resultado dessa falta de participação efetiva, os profissionais passam a se sentir desprestigiados e sem autonomia porque são capazes de reconhecer seu pouco ou nenhum espaço nas decisões.

Os autores acima ainda destacam que temas relacionados à gestão dos processos de trabalho se mostram como os mais problemáticos e complexos para o setor saúde. O trabalho fragmentado, a gestão pouco democrática, a divisão entre os que pensam e os que executam têm favorecido a perda da responsabilização, o descompromisso e os acordos velados entre os envolvidos nos serviços.

Para VIEIRA (2007, p. 247), o trabalho deve ser considerado “importante para o reconhecimento de si, como um espaço de conversas, um campo de problemas, de incertezas e de múltiplas implicações” em que o trabalhador encontre oportunidade para dialogar.

Sendo assim, o trabalho desenvolvido nos serviços de saúde gera uma série de rotinas em uma situação que não deveria ser encarada como rotineira. Os resultados advindos desta modalidade de trabalho assemelham-se aos efeitos negativos do taylorismo/ fordismo como a fragmentação entre o trabalho de concepção e execução, excessivo controle gerencial e estrutura extremamente hierárquica que geram desmotivação e alienação dos trabalhadores com excessivas cargas de trabalho e exigência (MATOS e PIRES, 2006; SODRÉ, 2010).

Além disso, existe um entendimento distorcido a respeito das rotinas, protocolos e processos desenvolvidos nos serviços de saúde, quanto mais controle gerencial e mais padronizados são os processos de trabalho, mais as instituições são acreditadas como de qualidade, ou seja, o trabalho em saúde é visto, muitas vezes, como um processo de trabalho industrial.

CAMPOS (2010, p. 2338) analisa o trabalho em saúde e as tentativas de controlá-lo questionando: “Por que os modelos de gestão pretendem, de modo sistemático, reduzir a autonomia do ser humano inserido em cadeias produtivas?”. No mesmo texto, Campos ressalta que existem três elementos que constituem e justifiquem essa pretensão de controle sobre o trabalhador:

A primeira é a tendência a subordinar o trabalho a modos de funcionamento padronizados a priori. Tenta-se reduzir o espaço para reflexão e decisão autônoma durante a execução das tarefas. (...) Uma segunda (...) é a de pensar-se como um instrumento disciplinar, como um modo de controle sobre o trabalho em geral e sobre os trabalhadores em particular. (...) A terceira característica do discurso gerencial dominante é que as escolas ou teorias da administração tendem a adotar uma visão “essencialista” sobre a natureza humana, o ser humano tenderia comportar-se segundo seu interesse imediato independente do contexto ou de sua história social.

Para mudar essa realidade de trabalho alienado em saúde, MATOS e PIRES (2006) sugerem uma reaproximação dos trabalhadores ao resultado de seu trabalho, voltando a valorizar o orgulho profissional.

SCHERER et al. (2009) complementam que, para que ocorra essa reaproximação, há necessidade de conhecer o trabalho, os sujeitos e o contexto do trabalho porque, mesmo com todas as intenções de controle do trabalho e redução da democratização, no exercício das atividades cotidianas, inevitavelmente os trabalhadores fazem gestão de si mesmos e de suas relações com outros profissionais, usuários e participantes do trabalho coletivo.

Com relação a autogestão dos trabalhadores, MERHY (2007) afirma que existe um território de tensão já que as atividades cotidianas são realizadas em um ambiente em que existem sujeitos coletivos com capacidade de se autogovernarem, porém sob o controle de normas e regras instituídas para o controle organizacional.

Além disso, para HENNINGTON (2008, p.559) “a gestão do trabalho em saúde deve perceber o espaço do trabalho como aquele de transgressão, de debate entre a norma e sua renormalização”. Para o autor a tentativa de estabelecer protocolos e procedimentos, tão comuns na área de saúde, com intuito de padronizar cem por cento das atividades é uma meta inatingível porque no dia a dia os profissionais obrigatoriamente necessitam arbitrar suas condutas.

SCHWARTZ (2004) considera gestão como algo possível de ocorrer em qualquer situação em que haja variabilidade, ou seja, a ação de gerir ocorre sempre quando é necessário tomar uma decisão sem recorrer a procedimentos estereotipados com abertura de espaços para negociações. O autor afirma que nos espaços de trabalho existem arbitragens que recusam a tese de que não há gestão do trabalho senão a dos especialistas habilitados como tais.

Com o intuito de impedir que os profissionais continuem alienados CAMPOS (2010) sugere a construção de uma nova racionalidade gerencial, que valorize a autonomia dos trabalhadores. Porém, essa autonomia somente seria possível com democracia e esse não é um elemento valorizado pelas várias teorias de administração, ainda que se recomende para o mundo localizado fora das relações institucionais.

No que diz respeito a autonomia do profissional, foram utilizadas as caracterizações feitas por Ferlie et al., e citados por PIERANTONI (2001, p. 358). Os autores consideram que existem três tipos de autonomia profissional:

Autonomia política – relacionada ao direito da profissão de tomar decisões referentes à política como especialistas legítimos; autonomia econômica – referenciada ao direito de a profissão estabelecer sua remuneração, e autonomia técnica – atrelada ao direito da profissão de estabelecer seus próprios padrões e mecanismos de controle.

Com relação à adoção de modelos mais democráticos e participativos, como sugerido por Campos nos parágrafos anteriores, MATOS e PIRES (2006) lembram que, para que haja democracia, devem-se alterar as estratégias de “poder”, envolvendo, assim, uma série de trabalhadores dos mais diversos níveis hierárquicos. Conclui-se, dessa maneira, que a democracia implica em uma mudança na estrutura organizacional e, para isso, fazem-se necessárias muitas negociações e acordos prévios.

Para que uma organização mude de maneira estrutural e, conseqüentemente, apresente uma mudança na cultura organizacional, são necessários muitos momentos prévios de reflexão junto às pessoas responsáveis pelas tomadas de decisão, pois, por mais que já tenha sido constatado que, mesmo com os modelos burocráticos e roteirizados, os profissionais são capazes de arbitrar sobre suas próprias decisões, os gestores preferem manter sob “controle” os que executam as atividades mais operacionais.

MEDEIROS et al. (2010, p.39) defendem que a democracia na organização do trabalho em saúde pode ser desenvolvida a partir do processo de cogestão que, segundo os autores, “cria espaços de poder compartilhado e possibilita a ampliação significativa da aprendizagem no trabalho, podendo contribuir para

estimular o compromisso e a responsabilização pelo processo e por seus resultados”.

Outros autores, assim como os citados acima, também defendem métodos de gestão do trabalho apoiados na democratização das ações institucionais que possibilitem a participação e o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos. Tais ações aumentariam a satisfação dos profissionais e trariam ganhos para as instituições e, principalmente, para os usuários do sistema (GARIBOTTI et al., 2006).

Sendo assim, pode-se sugerir um modelo de gestão que não seja tão burocrático nem tão democrático, para CAMPOS (2010) o modelo de gestão mais adequado é aquele que sugere que usuários e profissionais façam parte da gestão em todas suas fases do processo, ainda que com papel distinto dos administradores, especialistas habilitados.

Então, pode-se afirmar que, na gestão do trabalho, o trabalhador deve ser entendido como um “sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pelas esferas maiores” (BENITO e LICHESKI, 2009, p.448).

Apoiados nessa ideia, VIEGAS et al. (2010) afirmam que o trabalho em saúde não é inteiramente controlável ou previsível, pois todas as suas fases de realização estão pautadas nas relações interpessoais, ou seja, o trabalho em saúde é sempre sujeito às arbitragens do trabalhador que, apesar de todo o controle que possa ser imposto, desempenha a sua atividade de maneira autônoma. Realizar gestão do trabalho em saúde com vistas à integralidade do cuidado exige uma

reflexão crítica acerca das peculiaridades dos processos de trabalho em saúde, que atualmente mostram-se excessivamente fragmentados, e acerca dos modos de sua organização nos diversos serviços existentes.

Para SCHERER (2009), os trabalhadores necessitam de autonomia para interpretar as normas e protocolos institucionais e adequá-los a casos particulares, para decidir como e que tipo de serviço prestar para atender às necessidades de saúde.

Além de toda essa luta política em defesa da autonomia dos trabalhadores, CAMPOS (2010, p.2342) considera que existam duas características peculiares do trabalho em saúde que permitem a conservação da autonomia relativa para os profissionais de saúde, “a primeira é a complexidade do processo saúde, doença e intervenção, a segunda é a variabilidade do processo saúde e doença, gerando a relação paradoxal entre padronização e singularidade dos casos”.

Uma das estratégias que oferecem ferramentas para que os profissionais possam arbitrar e tomar a decisão mais adequada ao caso que se apresenta é a educação permanente em saúde que, de acordo com MEDEIROS et al. (2010), deve ser utilizada como estratégia a gestão do trabalho e da educação na saúde, porque possibilita o desenvolvimento permanente dos trabalhadores. Além disso, possibilita a aprendizagem coletiva, a partir das práticas e do trabalho em si.

Para os mesmos autores, a própria educação permanente em saúde é considerada como parte estratégica da gestão democrática e participativa. A gestão democrática sugere que haja cooperação e a participação que, por sua vez, podem ser percebidas como ações de valorização do potencial dos trabalhadores, que poderão conduzir suas atividades com maior competência e autonomia.

Porém, como a gestão do trabalho em saúde não deve considerar questões simplesmente técnicas, a educação permanente exige ações para além da formação técnica, envolvendo a organização do trabalho, a interação entre as redes de gestão e de serviços de saúde e o controle social neste setor (BRASIL, 2004c).

Dessa maneira, o trabalhador estará preparado para exercer a sua autonomia de maneira mais consciente e alinhada às metas e aos objetivos da instituição.

SANTANA (1992, p.68) propõe o uso interligado de três técnicas ou métodos de gestão do trabalho que podem estimular a autonomia do profissional:

Supervisão como instrumento gerencial, incentivos de produtividade como fator de aumento da produção e melhoria da qualidade e negociação coletiva do trabalho. A instalação de processos de negociação permanente entre servidores e dirigentes institucionais representa um ponto que assegura sustentação à estratégia de gestão proposta, na medida em que pode constituir-se foro adequado e efetivo para equacionar, além das questões aventadas acima, muitas outras pendências resultantes de conflitos no processo de trabalho nos serviços de saúde.

TIMBÓ et al. (2009) contribuem com as informações anteriores ao afirmarem que a gerência baseada nas competências pode também representar uma cultura de mudança, pois possibilita maior participação dos trabalhadores que passam a assumir mais responsabilidades no desempenho de suas atividades e na qualidade de seu trabalho e, conseqüentemente, promovendo a autodireção.

Ademais, a gestão estratégica não se restringe ao planejamento e controle da força de trabalho, mas considera a integração dos profissionais com os objetivos da organização, por meio da implantação de um conjunto de diretrizes, políticas e ações construídas com a participação efetiva dos trabalhadores (MELLO e AMÂNCIO FILHO, 2010).

Para SODRÉ (2010), todas essas mudanças relacionadas aos modelos de gestão do trabalho desencadeiam fortes influências sobre todo o campo da saúde. Sendo assim, não há como esperar mudança e melhora no sistema de saúde sem que a gestão do trabalho seja, de fato, incorporada às atividades dos serviços de saúde como ferramenta de mudança na cultura organizacional.

Apesar dos debates cada vez mais comuns a respeito da autonomia e desalienação dos profissionais, o trabalho em saúde é fortemente caracterizado pela divisão e fragmentação técnica das atividades, o que facilita a perda da autonomia e consequente alienação do trabalhador.

Além disso, mesmo com toda ênfase dada ao conhecimento científico, o trabalho ainda é predominantemente marcado pela atividade operacional e repetitiva, principalmente em organizações que incentivam a implementação de protocolos e rotinas como maneira de “padronizar” a assistência em saúde. Isso faz com que as instituições hospitalares adotem práticas de gestão do trabalho com base nos mesmos métodos utilizados pelas grandes fábricas.

Para impedir que essa situação agrave ainda mais as condições de trabalho, vários autores sugerem a adoção de modelos mais democráticos com a participação de todos os atores envolvidos no trabalho, mesmo que estes assumam papéis decisórios distintos.

4.2.4 Precarização do Trabalho

No último século, foi possível perceber que a sociedade do trabalho sofreu mudanças importantes e, ao mesmo tempo, contraditórias. O mundo moder-

no evidenciou um aumento estrutural do desemprego e do trabalho precário e informalizado, ao mesmo tempo em que o trabalho intelectual foi revalorizado em detrimento do trabalho manual. O trabalhador passou a ser exigido quanto às atividades intelectualizadas, complexas, autônomas e coletivas (MELLO e AMÂNCIO FILHO, 2010).

No que diz respeito ao trabalho em saúde, mesmo após ter entrado em vigor a Constituição de 1988 e embora tenham ocorridos avanços consideráveis no que diz respeito às políticas de saúde no Brasil, a área da gestão do trabalho foi, inicialmente, relegada a um segundo plano, o que pode ter influenciado ainda mais a precarização do trabalho em saúde (JORGE et al., 2007).

Outro fato importante, que ocorreu como consequência da descentralização do SUS, foi a transferência da gestão do trabalho para os municípios, o que por um lado provocou expansão das contratações dos trabalhadores em saúde, mas, por outro lado, resultou em dificuldades e desafios que expuseram os trabalhadores a situações de flexibilidade dos vínculos trabalhistas envolvendo inúmeras modalidades contratuais: cooperativas, terceirizações, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, entre outras (MACHADO e KOSTER, 2011; PIERANTONI et al., 2012).

Para MACHADO e KOSTER (2011) as medidas adotadas pela Reforma do Estado também provocaram uma grande desestruturação dos serviços públicos, principalmente, devido às práticas de terceirização sem critério e muitas vezes ilegal.

GARIBOTTI et al. (2006) afirmam que existe uma conformação atual que explicita situações contraditórias e conflituosas entre o projeto político neoliberal

ral e o da reforma sanitária, cominando aos trabalhadores a necessidade de luta pela manutenção das conquistas trabalhistas sob pena de paulatinamente haver maior precarização das condições de trabalho e vínculos cada vez mais enfraquecidos, comprometendo a construção e consolidação do SUS.

Além disso, muitas regiões brasileiras apresentam escassez de vagas disponíveis no mercado de trabalho na saúde, o que faz com que alguns profissionais se submetam a condições de trabalho precárias para garantir o próprio sustento e o da sua família.

Para o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) o trabalho precário está relacionado principalmente aos vínculos de trabalho no SUS porque estes podem não garantir os direitos trabalhistas e previdenciários convencionados em lei. Além do vínculo, os mesmos conselhos defendem a ideia de que os processos seletivos devem ser garantidos de maneira democrática, pública e acessível aos profissionais como, por exemplo, por meio de concurso público (BRASIL, 2006b).

Para JUNQUEIRA et al. (2010), no que se refere à contratação dos profissionais do Programa Saúde da Família, ainda hoje é possível identificar uma importante precarização das relações de trabalho. Podendo esta afirmação abranger outros profissionais das diversas áreas de prestação de serviços de saúde.

Além disso, pôde-se perceber o ressurgimento do trabalho escravo e o trabalho servil em pleno século XXI, acompanhado pelo descumprimento das normas de proteção social ao trabalho tanto nos setores produtivos quanto nos setores de serviços, como por exemplo, a saúde (NOGUEIRA et al., 2004).

A afirmação anterior pode ser constatada em uma pesquisa quantitativa, realizada por SILVEIRA et al. (2010), com o objetivo de descrever criteriosamente a gestão da atenção básica à saúde nas esferas do trabalho, da educação, da informação e da comunicação, que evidenciou o vínculo precário de trabalho como uma realidade apontada por 38% dos trabalhadores da atenção básica à saúde. Para os autores, tais resultados mostram que há necessidade iminente de despreciação do trabalho com relação a todas as profissões de saúde.

Outra pesquisa, realizada por JUNQUEIRA et al. (2010) e que discutiu os dilemas da relação expansão/ precarização do trabalho no contexto do SUS, mostrou a precarização do trabalho nas áreas de gestão do trabalho relacionadas com o recrutamento e seleção de profissionais; formas de vinculação; rotatividade, principalmente de médicos e enfermeiros; remuneração; carga horária de trabalho e política de capacitação.

Sendo assim, é possível perceber precariedade do trabalho desde o modelo utilizado para contratação até as formas de vinculação, relação entre remuneração e carga horária de trabalho até falta de estratégias para manter o profissional na vaga e evitar os altos índices de rotatividade.

No estudo de SILVEIRA et al. (2010) citado anteriormente, a precarização do trabalho foi identificada nas situações representadas pela pequena proporção de profissionais que ingressaram por meio de concurso público; a escassa vinculação ao Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS); e consequentemente as elevadas taxas de rotatividade dos profissionais, principalmente na saúde da

família e entre os médicos. Tais dados refletem a carência de estrutura nas áreas de gestão do trabalho.

Para SCALCO et al. (2010) a rotatividade dos profissionais se justifica por questões relacionadas diretamente com a precarização do vínculo e a falta de incentivos que não estimulam a permanência de tais trabalhadores nas suas funções, levando-os a buscar melhores oportunidades.

Essa realidade faz com que os profissionais mudem de emprego assim que recebem uma oferta que lhes pareça mais favorável que a anterior. Tais mudanças ocorrem sem que o profissional tenha tempo de se adaptar as peculiaridades da instituição, como resultado, a qualidade da assistência e do serviço ofertado piora, deixando insatisfeitos tanto os profissionais que permanecem na instituição quanto os usuários do serviço.

Com relação ao PCCS, LACAZ et al. (2010) constata sua importância no que diz respeito à gestão do trabalho em saúde no SUS e sua interrelação com a qualidade de vida no trabalho. Os Planos de Carreira, Cargos e Salários preconizam a educação permanente; mesas de negociação para dar subsídios aos processos decisórios e de representação; natureza da contratação e ingresso, progressão, fixação e critérios para avaliação de desempenho.

Um estudo realizado por SCALCO et al. (2010) identificou que, no que diz respeito a valorização do trabalhador, apenas 40% dos municípios incluídos na pesquisa possuíam PCCS implantado. No que concerne a qualificação do vínculo de trabalho, o mesmo estudo apontou que a gestão do trabalho no SUS apresentou os piores indicadores.

PEREIRA (2004) afirma as inúmeras formas de contratação representam o processo mais concreto de precarização das relações de trabalho na saúde. As relações de trabalho se tornam ainda mais precária quando as inúmeras formas de contratação se dão no mesmo ambiente de trabalho, podendo ocorrer, inevitavelmente, relações acirradas de competitividade e descontentamento entre os trabalhadores.

Sabe-se que a precarização do trabalho pode trazer prejuízos tanto para os profissionais, quanto para o sistema de saúde e usuários, haja vista a consideração do Ministério da Saúde a respeito dos problemas que a precarização do trabalho pode gerar:

O trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS (BRASIL, 2006b, p. 12).

Pode-se ressaltar, também, algumas iniciativas do próprio Ministério da Saúde, como a criação, em 2003, do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, com o objetivo de elaborar políticas e formular diretrizes para a desprecarização do trabalho em saúde.

No mesmo ano, durante a 12^a CNS, o MS também defendeu a mudança no modelo de gestão da força de trabalho em saúde até então desenvolvido e deu maior ênfase na priorização da gestão do trabalho e da educação na saúde; implementação de uma Política de Desprecarização do Trabalho em Saúde, principalmente no que diz respeito aos vínculos trabalhistas; implementação do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS; desenvolvimento de ações e criação

de instrumentos com o objetivo de humanizar as relações entre profissionais e usuários (PEREIRA, 2004).

Em 2006, por meio do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da SGTES, o MS criou a Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, conhecido como DesprecarizaSUS, com o objetivo de buscar soluções para as situações de precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo com reformulação das estruturas de trabalhadores (BRASIL, 2006b; JUNQUEIRA et al. 2010).

Entre as propostas do DesprecarizaSUS estão as ações que visam sensibilizar e conscientizar os gestores a respeito da importância em se elaborar e implantar uma nova política de gestão do trabalho, melhorando decisivamente os serviços de saúde prestados aos usuários (JUNQUEIRA et al., 2010).

Como resultado das iniciativas do MS, a Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, formulada e desenvolvida pela Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) do Estado da Bahia em 2007, propôs a busca por soluções efetivas relacionadas a precarização das relações de trabalho, incluindo os vínculos e as condições de trabalho com destaque a superação das fragilidades nas ações, processos, sistema e instrumentos de gestão do trabalho em saúde (RAMOS et al. 2009).

Apesar das iniciativas que visavam a desprecarização do trabalho, cabe salientar que, para que haja de fato desprecarização do trabalho, faz-se necessário rever aspectos relacionados às formas de contratação, priorizando os concursos públicos e processos seletivos mais transparentes e democráticos como principal

via de ingresso dos profissionais aos serviços públicos de saúde; vinculação do trabalhador por meio de regime estatutário ou celetista¹⁸; remuneração compatível com o mercado nacional e suficiente para atender às necessidades vitais básicas do trabalhador e de sua família; carga horária e jornada de trabalho compatíveis com a manutenção da qualidade do serviço prestado ao usuário; política de educação permanente com programas de atualização para os profissionais em suas diversas especificidades; instituição de um Plano de Carreira, Cargos e Salários efetivo e ajustado às exigências do SUS; programas de avaliação de desempenho; e mesas de negociação que possibilitem maior participação dos trabalhadores nos processos decisórios.

De uma maneira geral, pode-se afirmar que a despreciação do trabalho deveria ser vista como medida prioritária na gestão do trabalho, pois resultaria em melhores condições de contratação, vínculo de trabalho, política de capacitação e PCCS e, conseqüentemente, redução da rotatividade, com possibilidades de aumentar a qualidade da assistência oferecida ao usuário, uma vez que os profissionais se sentiriam mais valorizados.

4.2.5 Gestão do Trabalho em Saúde e Seus Desafios

A estrutura brasileira relacionada ao mercado de trabalho e às políticas de gestão do trabalho sofreram nítidas e importantes transformações nos últimos anos, mas, mesmo assim, não estão completamente resolvidas e ainda apresen-

18 Regime estatutário com direitos previstos no Artigo 39 e Regime celetista com direitos previstos no Artigo 7º, ambos da Constituição Federal de 1988.

tam fragilidades, principalmente nos aspectos que envolvem as estratégias de gestão para responder às transformações que vêm ocorrendo no mundo contemporâneo e na sociedade do trabalho. Além disso, ainda não existem soluções a respeito da melhor maneira de lidar com as especificidades do setor público de saúde (PIERANTONI et al., 2008).

Como resultado dessas transformações no mundo atual, principalmente a partir da década de 1970, quando ocorreu a crise do padrão de acumulação capitalista firmado no binômio taylorista/fordista, muitos dos estudos incluídos nesta pesquisa apontam a gestão do trabalho como uma das mais importantes, desafiadoras e complexas áreas que compõem uma organização, chegando a ser considerada como área estratégica de discussão e implementação da política de saúde há mais de 30 anos (PIERANTONI, 2001; MELLO e AMÂNCIO FILHO, 2010; MENDONÇA et al., 2010).

O estudo publicado por MELLO e AMÂNCIO FILHO em 2010 apontou a necessidade de reformulação e implantação de novos modelos de gestão do trabalho que não estivessem restritos ao planejamento e controle da força de trabalho, mas que pudessem integrar os trabalhadores aos objetivos da instituição e estivessem apoiados em um conjunto de diretrizes, políticas e ações.

O aumento no número de pesquisas e estudos sobre o mundo do trabalho, publicados principalmente a partir da década de 1990, foi motivado pelas mudanças ocorridas no mercado de trabalho em geral. As discussões que receberam mais destaque envolveram a crescente informalidade do trabalho, incluindo

o trabalho no SUS, que também segue a tendência geral de desregulação das relações de trabalho (BARBOSA, 2010).

Com o advento da globalização e o desenvolvimento tecnológico acelerado BENITO e LICHESKI (2009) também chamam a atenção para as mudanças ocorridas nos processos de trabalho, que se tornaram mais desafiadores e complexos para os profissionais que passaram a ser exigidos quanto ao desenvolvimento de novas competências agregadas às adquiridas durante a formação e experiência do trabalhador.

Para MELLO e AMÂNCIO FILHO (2010), dentre as novas competências exigidas incluem-se capacidade para detectar e solucionar problemas, tomar decisões, trabalhar em equipe, enfrentar situações em constante mudança e intervir de maneira efetiva na melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços.

Ou seja, no mesmo momento em que o profissional é mais exigido quanto às suas competências e capacidade de solucionar problemas cada vez mais complexos, são oferecidas condições precárias de contratação e trabalho, tornando essa relação antagônica e questionável quando se propõem analisá-la de maneira mais aprofundada como ocorreu nessa pesquisa.

MACHADO et al. (2007, p. S293) corroboram com a informação acima e destacam quais foram as principais mudanças que ocorreram na sociedade com o advento da globalização:

Os processos da globalização e da revolução tecnológica apontam para as possibilidades de construção de uma sociedade planetária unificada e a criação de uma cultura mundial, capazes de unir os povos mais diversos, (...) é evidente também que acentuou a desigualdade entre países ricos e pobres, aprofundou as desigualdades regionais (...) alterou a estrutura social local nas cidades, a organização do

trabalho, a distribuição dos ganhos e a estrutura de consumo, criando novas formas de exclusão.

PIERANTONI et al. (2008) afirmam que todas essas mudanças ocorridas no mundo do trabalho, além de não favorecerem o trabalhador, também vêm subtraindo conquistas e multiplicando responsabilidades.

Se, por um lado, o trabalhador é exigido no que diz respeito às novas competências, por outro, falta estrutura básica para que esse trabalhador desempenhe suas atividades em um ambiente de trabalho adequado. Elementos como o espaço físico, mobiliário, veículos, quantidade de trabalhadores incluindo equipe administrativa, de limpeza e transporte foram citados em um trabalho publicado em 2006 por GARIBOTTI et al.

No mesmo estudo, as autoras revelam que, com relação à gestão do trabalho, faltam espaços de escuta, de participação e de tomada de decisão que considerem as opiniões dos trabalhadores que se sentem desvalorizados e sem autonomia.

Outro desafio identificado para a gestão do trabalho na atualidade está relacionado à natureza da ação gerencial, principalmente nos serviços públicos de saúde, onde os gerentes têm pouca ou nenhuma autonomia para resolver alguns problemas como, por exemplo, as diversas formas de contratação que, apesar de serem vistas como alternativa para agilidade e flexibilidade na composição da equipe de trabalho, acentuam o risco de precarização do trabalho (DUARTE e BOTAZZO, 2009).

Além disso, um dos maiores desafios para os gestores de saúde é enfrentar com competência técnica e política todos os problemas relacionados à gestão do trabalho e que tem se apresentado durante o processo de implementação do SUS (CASTRO, 2007).

Para PIERANTONI (2001) as inúmeras modalidades de contratação cada vez mais comuns nos serviços públicos de saúde refletem uma fase de transição na gestão do trabalho que passa a assumir atividades mais distanciadas da administração de pessoal.

Além das inúmeras modalidades de contratação, os gerentes precisam lidar com carga horária, escolaridade e salários distintos, evitando ao máximo que essas desigualdades gerem um ambiente de trabalho tenso a ponto de refletir na qualidade do serviço prestado. Algo que muitas vezes parece impossível de ser controlado (GARIBOTTI et al., 2006).

Especificamente com relação ao profissional gerente, aspectos como capacidade para solucionar problemas, dimensionar recursos e planejar sua aplicação, desenvolver estratégias, efetuar diagnósticos situacionais e garantir o desempenho das pessoas também foram citados como os principais desafios para a gestão do trabalho. Ademais, somente a capacitação técnica na área não é garantia de um bom trabalho de gerência (FERNANDES et al., 2010).

PIERANTONI et al. (2008, p.686) também ressaltam a evidente fragilidade da gestão do trabalho em saúde “pela incapacidade de compreender e articular uma bandeira política de orientação igualitarista e regulamentadora com os requisitos da administração flexível, focalizados na tendência neoliberal”. Os ges-

tores são exigidos a superar desafios cada vez mais diversificados e complexos, resultantes das mudanças no mundo do trabalho contemporâneo.

Essas novas exigências somadas ao despreparo dos gestores e à desarticulação entre instituições de ensino e de serviços, são desafios identificados há décadas, mas que ainda não foram solucionados (PIERANTONI et al., 2012).

GARIBOTTI et al. (2006) ressaltam ainda que a maneira como os processos de trabalho são gerenciados é uma das questões mais problemáticas para o setor saúde. Mesmo porque faltam quesitos básicos que incluem formação e preparo específicos para o gestor, ferramentas para o bom desempenho gerencial e equipe entrosada e coesa a ponto de responder positivamente às influências do gestor e às necessidades dos usuários.

Além dos problemas relacionados às ações gerenciais, PIERANTONI (2001) também destaca outras duas dimensões que denomina como críticas no que diz respeito a gestão do trabalho: formação e disponibilidade do mercado de trabalho e os mecanismos de interação entre o processo de trabalho e a legitimação profissional.

Com relação à gestão do trabalho coletivo em saúde, SCHERER et al. (2009, p.725) afirmam que os principais desafios dizem respeito “à relação entre sujeitos individuais e coletivos; à história das profissões de saúde e o seu exercício no cenário do trabalho coletivo institucionalizado e à complexidade do jogo político e econômico que delimita o cenário das situações de trabalho”.

Sendo assim, pode-se afirmar que os desafios para a gestão do trabalho são multidimensionais e perpassam as dificuldades dos profissionais e das institui-

ções, afetando também as esferas políticas e econômicas do trabalho brasileiro e mundial.

JUNQUEIRA et al. (2010) afirmam que os serviços de saúde no âmbito do SUS ainda apresentam alguns desafios a serem superados, principalmente relacionados à organização da gestão. Dentre os desafios, os autores enfatizam os relacionados aos trabalhadores, incluindo: formas precárias de seleção, baixa remuneração, equipes desmotivadas para o trabalho, distribuição desigual da força do trabalho e desempenho insatisfatório.

Um estudo publicado por DUARTE e BOTAZZO (2009), com o objetivo de identificar o modelo de gestão de pessoas utilizado pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS), citou um estudo realizado pelo Banco Mundial que identificou os principais desafios na gestão dos trabalhadores do SUS, destacando: regimes múltiplos de contratação, inadequação quantitativa do quadro de profissionais, baixa qualificação profissional com falta de profissionais e nível técnico, rotatividade alta, motivação baixa, absenteísmo, ausência de sistema de avaliação de desempenho, ausência de programas de incentivos e ascensão profissional e programas de treinamento e capacitação sem foco definido e sem avaliação de impacto.

Então, se considerarmos a gestão do trabalho em todos os seus aspectos podemos antever a gestão do trabalho é um desafio em si, pois existem problemas relacionados a todo o processo de trabalho, desde a contratação até maneiras de reter esse profissional na instituição.

ARIAS et al. (2006, p.113) ressaltam que são muitos os desafios para a gestão do trabalho em saúde, por isso devem ser considerados dois referenciais básicos para análise atual, “a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências das demandas sociais, e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nas organizações”.

Para que os desafios relacionados à gestão do trabalho sejam ultrapassados MATOS e PIRES (2006) recomendam que a organização do trabalho seja analisada nos diversos serviços de saúde e que sejam considerados os diferentes processos de trabalho e as diferenças de cada instituição de saúde. Ademais, para as autoras, as demandas gerenciais relacionadas à gestão do trabalho no processo de implantação do SUS são diferenciadas e exigem mudanças na organização e no modo de gestão para que sua concretização efetiva.

Ainda com relação ao SUS, PIERANTONI et al. (2008) publicaram um estudo desenvolvido com o objetivo de discutir os desafios contemporâneos no campo da gestão do trabalho em saúde no SUS e constataram a importante expansão da rede pública de serviços de saúde que gerou novos postos de trabalho e, conseqüentemente, tornou visível a importância dos trabalhadores para a implementação do nosso sistema de saúde.

BARBOSA (2010) complementa afirmando que tal expansão gera demandas diferenciadas e faz com que o SUS apresente capacidade insuficiente com relação a promoção da regulação dos profissionais para o sistema, principalmente no que diz respeito ao respaldo jurídico-normativo.

Ademais, sejam serviços públicos ou privados, o que pode ser observado, ainda hoje, na maioria das organizações de saúde, é a persistência do modelo tradicional de gestão do trabalho, ou seja, aquele baseado em atividades unicamente administrativas e de controle de “pessoal” sob forte influência do modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático. Sendo assim, na prática, a gestão do trabalho não é percebida como uma questão estratégica alinhada à missão institucional (MATOS e PIRES, 2006; MELLO e AMÂNCIO FILHO, 2010).

Especificamente na saúde pública percebe-se também que o Estado investe pouco em seus profissionais e, conseqüentemente, gera pouca profissionalização dos trabalhadores e desvalorização do trabalho realizado. Tais conseqüências são agravadas pela falta de perspectiva no que diz respeito à remuneração compatível com o mercado de trabalho e, assim, o profissional passa a considerar o vínculo público como uma fonte de renda “adicional” e segura (PIERANTONI, 2001).

As políticas voltadas ao trabalho e aos trabalhadores ainda “são desenvolvidas de forma tímida, em constante tensão entre os interesses da sociedade e os impostos pela política econômica” (JORGE et al., 2007, p.424).

De acordo com MACHADO (2000), o mundo moderno aponta para questões extremamente importantes no que se refere a alguns desafios como, por exemplo, as exigências no que se refere a qualificação do profissional que atende aos usuários; a formação profissional e estruturação de equipes de trabalho cada vez mais heterogêneas; a presença, cada vez mais predominante, da mulher nos diversos postos de trabalho; a burocratização e o predomínio de rotinas e

protocolos para as atividades até então realizadas de maneira semiartesanal e individualizada.

Para JUNQUEIRA et al. (2009) os desafios encontrados na gestão do trabalho somente poderão ser superados a partir de discussões relacionadas à prática e diretrizes que priorizem o trabalho, o trabalhador, a valorização profissional e a regulação em saúde com base na NOB/ RH-SUS.

Tantos desafios somente poderão ser superados se houver reestruturação da gestão do trabalho em saúde, visto que não é possível manter a qualidade dos serviços de saúde sem que tais questões sejam debatidas e implementadas de maneira consistente ultrapassando, inclusive, os entraves resultantes da herança ainda viva da administração clássica e dos modelos burocráticos de gerir o trabalho.

Problemas como “salários irrisórios, condições precárias de execução das atividades essenciais, ausência de incentivos, de qualificação e especialização e de infraestrutura adequada, tanto no setor público quanto no privado” são destacados por ARIAS et al. (2006) como comuns àqueles que lidam com a gestão do trabalho em saúde no Brasil.

Por isso, a gestão do trabalho nos serviços de saúde deve ser tratada como área estratégica e fundamental para o efetivo funcionamento das organizações no que diz respeito ao atendimento das demandas reais do mundo atual com estratégias de gestão mais flexíveis e participativas e que incentivem e valorizem o trabalho formal e o desenvolvimento de uma estrutura que ofereça condições e ferramentas para que os trabalhadores e gestores desenvolvam novas competências para atender tais demandas.

A implementação de processos de negociação permanente entre trabalhadores, gestores e dirigentes representa uma questão que, de acordo com SANTANA (1992), garante base de sustentação à estratégia de gestão proposta, na medida em que pode constituir-se foro adequado e efetivo para equacionar, além dos desafios debatidos anteriormente, muitos outros entraves resultantes de conflitos nos processos de trabalho presentes nos serviços de saúde.

5

DISCUSSÃO

O mundo contemporâneo vive inovações nos processos de gestão que torna suas atividades cada vez mais horizontais, (re)nomeiam e (res)significam a gerência de recursos humanos para gestão de pessoas ou do trabalhador no sentido de “humanizar” a área e valorizar o capital humano e, ao mesmo tempo, buscar qualidade, produtividade e competitividade (PIERANTONI et al., 2008).

Nas análises feitas, foi possível perceber que as produções estão concentradas em determinadas regiões brasileiras por alguns autores que sempre trazem questionamentos a respeito das (res)significações da gestão do trabalho em saúde, e que, muitas vezes, termos como “gestão de recursos humanos” e “gestão de pessoas” são utilizados como sinônimos.

Para PIRES-ALVES et al. (2008) o próprio uso da expressão “trabalhadores da saúde”, que recebeu destaque em relação ao uso dos termos “recursos humanos” ou “força de trabalho”, é um fenômeno histórico, ainda em transição, a ser explicado.

Após a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) em 2003 e após a crítica ao termo “recursos humanos”, feita durante a abertura da 12ª CNS em 2006, muitos pesquisadores passaram a incorporar o termo “gestão do trabalho” em detrimento ao termo “gestão de recursos humanos”.

Na perspectiva de MENDONÇA et al. (2010) a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) significou a ampliação do olhar sobre a gestão do trabalho que deveria, a partir de então, receber um tratamento estratégico com foco no trabalho e na educação em saúde para que fossem implementadas políticas que pudessem orientar a gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores no Brasil.

Sendo assim, o termo gestão do trabalho, além de enfocar o trabalho e sua regulação, passou a ter um sentido mais amplo incluindo a formação e a qualificação dos trabalhadores, bem como sua valorização.

HENNINGTON (2008) reforça que, para compreender o trabalho, é necessário discutir seus conceitos, porém, eles por si só são insuficientes para compreender sua totalidade. A situação de trabalho não pode ser analisada com base apenas na neutralização dos conceitos e nem tão pouco com vistas apenas para o trabalho prescrito. A compreensão completa do trabalho é possível somente com a interrelação entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

Além disso, para estudar o trabalho em saúde na atualidade, PIRES (2000) recomenda que seja necessário levar em consideração todo o contexto atual de um mundo organizado sob a hegemonia do modo capitalista de produção, em processo intenso e predominante de internacionalização da economia, muito dependente do mercado financeiro, vivendo um intenso e tenso processo de reestruturação do modelo de produção e sob a ofensiva da política do Estado neoliberal.

Outra questão a ser observada diz respeito às competências apropriadas para o trabalho, na qual, principalmente na área da saúde, o objeto é de grande complexidade e, dessa forma, fazem com que as situações de trabalho sejam difíceis de padronizar. Nenhuma atividade humana pode ser totalmente padronizada e controlada, “o trabalhador parcialmente se dá normas, se autolegisla e recria saberes, valores e novas normas”, o que torna a gestão do seu trabalho ainda mais complexa (SCHERER et al., 2009, p. 722).

Como referido anteriormente, muitos trabalhos incluídos nesta pesquisa utilizam os termos gestão de recursos humanos, gestão de pessoas, gestão das relações de trabalho e gestão do trabalho como sinônimos, deixando claro tratar-se apenas de uma diferença terminológica e não conceitual.

Como exemplo, pode-se citar BARBOSA (2010) que elenca as dimensões da gestão do trabalho incluindo recrutamento, seleção, contratação, administração e controle, progressão funcional, entre outras e elenca os elementos que compõem a política de recursos humanos incluindo recrutamento, seleção, incentivos ao desempenho e sanções administrativas. Para o autor a política de recursos humanos está incluída entre as dimensões da gestão do trabalho, sendo que a primeira restringe-se aos aspectos administrativos e burocráticos.

O mesmo autor ressalta ainda que a gestão de recursos humanos é uma função política para a regulamentação dentro e fora dos órgãos públicos, e que está colocada entre a burocracia e os objetivos éticos e políticos incorporados na missão institucional.

PIERANTONI (2001) amplia a discussão a respeito das diferenças entre gestão e gerência afirmando que o termo gestão de recursos humanos pode ser aplicado em relação ao conjunto de políticas e estratégias formuladas em nível político, e a gerência de recursos humanos para ações desenvolvidas em nível operacional.

Por outro lado, outros autores fazem críticas a respeito dos termos e exploram seus diferentes conceitos, como, por exemplo, CAMPOS (2010) que explicita que a maior parte dos métodos de gestão desenvolvidos no século XX tem como premissa, implícita ou explícita, o controle absoluto do trabalho que, segundo o próprio autor, não passa de uma utopia. O mesmo autor chama de “racionalidade gerencial hegemônica” todas essas teorias ou métodos que procuram controlar o trabalho desenvolvido pelo homem, ou seja, para a racionalidade gerencial hegemônica, o homem seria incapaz de trabalhar de maneira autônoma e deveria, portanto, trabalhar em série, em linhas de produção a partir de um “cérebro coletivo”.

O autor aproveita a reflexão acima resenhada para justificar a persistência histórica e predominante no discurso gerencial do termo “recurso humano”, ou seja, quando os seres humanos estão desenvolvendo seu trabalho deveriam ser tratados e manipulados como um “recurso”.

MOYSES e MACHADO (2010) corroboram com as ideias de Campos ao afirmarem que a expressão “recursos humanos”, consagrada na literatura clássica sobre administração, recebe forte carga do modelo de gestão taylorista/fordista, em que, de forma funcional, os trabalhadores são considerados como um dos

“recursos” da cadeia produtiva, assim como os materiais e os financeiros, lógica segundo a qual a organização do trabalho tem como característica o predomínio do trabalho prescrito com pouca autonomia por parte dos trabalhadores.

SCALCO et al. (2010) não fazem crítica aos termos mas os diferenciam afirmando que a gestão de recursos humanos é composta por um conjunto de ações que envolvem a contratação dos trabalhadores, a capacitação, a avaliação, a remuneração e o desenvolvimento de um ambiente de trabalho adequado. Os autores consideram que a gestão de recursos humanos é formada pela gestão do trabalho, pelo desenvolvimento do trabalhador e pela manutenção da saúde do trabalhador. Sendo assim, segundo os autores, as políticas de recursos humanos deveriam contemplar ações de formação e desenvolvimento dos profissionais, além de facilitar a gestão do trabalho.

Especificamente na dimensão Gestão do Trabalho no SUS, estão incluídos três indicadores: qualificação do vínculo de trabalho, fixação do trabalhador no município e valorização do trabalhador (SCALCO et al., 2010).

Para esses autores, a gestão do trabalho é uma das interfaces da gestão de recursos humanos, composta também por outras duas interfaces, o desenvolvimento do trabalhador e a manutenção de sua saúde.

PEREIRA (2004) também não faz críticas, porém destaca que existem distintos significados para o termo recursos humanos; pessoal de saúde; força de trabalho em saúde; categorias profissionais; agentes; e trabalhadores de saúde na área de saúde pública. Todas estas noções/conceitos procuram, portanto, valo-

rizar o componente “trabalho” e, por isso, remetem a uma reflexão a respeito de toda a problemática relacionada ao mundo do trabalho.

GARIBOTTI et al. (2006, p. 1049), além de não fazerem crítica ao termo recursos humanos, destacam recursos humanos em saúde como nada mais “do que gente que cuida de gente, isto é, são pessoas que muitas vezes mantêm relações de troca de conveniências com os usuários em situações que as expressões de subjetividade se fazem presentes de ambos os lados”.

Constatou-se como consenso entre praticamente todos os autores incluídos nesta pesquisa que, independente dos termos utilizados e de seus conceitos, a área que diz respeito aos trabalhadores e a sua gestão deve receber atenção prioritária para que os problemas relativos a administração e gestão dos serviços de saúde, principalmente no sistema público, sejam superados e que as relações de trabalho sejam plenamente regulamentadas considerando-se as peculiaridades específicas do setor saúde para que, desta maneira, haja efetiva reforma do Estado brasileiro (SANTANA, 1992; PIERANTONI, 2001; MACHADO et al., 2007; HENNINGTON, 2008; MENDONÇA et al., 2010).

Mais do que terminologias e conceitos, CAMPOS (2010) faz alguns questionamentos que servem de reflexão para a gestão do trabalho em saúde, são eles: “Que modo de gestão seria compatível para ordenar processos em que seres humanos estão envolvidos?” (...) “Como estabelecer algum grau de ordem, de padronização, de controle, sem mascarar a capacidade de reflexão e os espaços para tomada de decisão daqueles imersos na tarefa de produzir saúde?” (...) “Se-

ria possível gerenciar o trabalho em saúde levando em conta a complexidade das relações?”

Para MEDEIROS et al. (2010), os modelos de gestão, incluindo as competências exigidas para a formação dos gestores, deveriam ser revistos e recompostos em sua base com a participação da academia, juntamente com os serviços, com o intuito de repensar as práticas e teorias relacionadas aos processos de trabalho e educação em saúde. MEDEIROS et al. também sugerem a gestão participativa como um recurso estratégico capaz de viabilizar a adaptação às mudanças e às novas exigências do mercado de trabalho.

SANTANA (1992), em sua publicação a respeito da gestão do trabalho no serviço público de saúde, propõe “o uso integrado de três técnicas ou metodologias de gestão do trabalho: supervisão como instrumento gerencial, incentivos de produtividade como fator de aumento de produção e melhoria da qualidade e negociação coletiva do trabalho”.

Apesar de não ser considerada recente, esta publicação foi pioneira no que diz respeito às discussões sobre gestão do trabalho, seus desafios e propostas de superação de tais desafios. Isso mostra que, apesar de haver inúmeras diferenças terminológicas e gerenciais faz-se necessário transpor tais discussões e colocá-las em prática para que, de fato, os profissionais sintam-se valorizados e vistos como mola propulsora do sistema de saúde brasileiro.

6

CONSIDERAÇÕES

Essa pesquisa, baseada em um “*scoping review*”, permitiu mapear a literatura brasileira sobre gestão do trabalho em saúde. Esse mapeamento, por sua vez, permitiu a análise da produção no que diz respeito às suas principais características (autoria, meios de divulgação e tipos de estudos), além de revelar a incorporação da expressão “gestão do trabalho em saúde”.

Com relação às principais características, os especialistas do Sudeste e do Sul brasileiros produziram mais artigos sobre gestão do trabalho em saúde com destaque ao Estado do Rio de Janeiro, representado, principalmente, por autores vinculados à Fundação Oswaldo Cruz. Entre os autores que mais publicaram artigos sobre o tema estão Denise Pires e de Maria Helena Machado. Os principais veículos de divulgação das publicações foram os periódicos com destaque ao Caderno de Saúde Pública e à Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Autores vinculados à instituições de ensino e aos programas de pós-graduação foram os que publicaram a maior parte dos artigos incluídos nessa pesquisa (31/34).

As publicações sobre o tema apresentaram crescimento numérico a partir de 2006, principalmente após a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, e apresentou tendência a crescimento nos anos seguintes.

Por não existir o descritor “gestão do trabalho em saúde”, os estudos apresentaram grande variação de descritores e palavras-chave, o que pode ter conferido dificuldade na identificação de algum estudo relevante e, ainda, impedido a padronização na indexação de tais estudos. Recomenda-se, desta forma, que se estude a possibilidade de incluir o descritor “gestão do trabalho em saúde” nos Descritores em Ciência da Saúde na Biblioteca Virtual em Saúde.

As publicações utilizaram, principalmente, a abordagem metodológica qualitativa para desenvolvimento das pesquisas e basearam suas discussões nos estudos de Roberto Passos Nogueira, Maria Helena Machado e Gastão Wagner de Souza Campos.

Dos estudos referenciados nos artigos sobre gestão do trabalho em saúde, aproximadamente 52% eram documentos publicados pelo Ministério da Saúde, dentre tais documentos foi possível identificar citação mais frequente de alguns documentos em especial.

Com relação ao uso da expressão “gestão do trabalho em saúde” na produção brasileira de artigos científicos, os dados extraídos de cada artigo resultaram no mapeamento de cinco temas: conceito de “gestão do trabalho em saúde”, formulação de políticas, participação dos trabalhadores nos processos de trabalho (desalienação e autonomia), precarização do trabalho e os desafios da gestão do trabalho em saúde.

No que diz respeito ao conceito de “gestão do trabalho em saúde”, deve-se considerar não apenas o fenômeno linguístico, mas também outros fatores como conflitos políticos e sociais existentes no momento em que o conceito foi

pensado, falado ou expressado. Sendo assim, o conceito de gestão do trabalho em saúde pode mudar independentemente da realidade do trabalho e de seus processos de gestão.

Após análise dos textos incluídos nessa pesquisa, pode-se afirmar que os autores concordam que a expressão aborda temas relacionados ao trabalhador e seu trabalho, incluindo valorização do trabalho e do trabalhador por meio da regulação e regulamentação do trabalho e consequente desprecarização do trabalho, além de envolver toda a vida funcional do trabalhador desde o seu ingresso até a garantia dos direitos trabalhistas, perpassando pela capacitação, formação, participação nos processos de trabalho e nas formulações de políticas, ou seja, contribuindo para sua desalienação.

Sendo assim, a incorporação da expressão “gestão do trabalho em saúde” apresenta um sentido amplo, uma vez que compreende não somente o trabalho, mas quem o executa, como executa e quais condições estão envolvidas nessa relação entre trabalho e trabalhador, considerando todas as suas interfaces.

Ponderando sobre a amplitude conceitual da expressão, há que se considerar também o âmbito macrossocial, sob a responsabilidade do Estado, mesossocial envolvendo sindicatos, entidades e instituições, e os efeitos sobre os usuários, os trabalhadores, os gestores e os gestores do sistema, ou seja, a dimensão microsocial.

Apesar de haver consenso a respeito da complexidade do conceito da gestão do trabalho em saúde, foi possível notar que são explorados variados aspectos do conceito, de acordo com a interpretação de cada autor e dependendo das

mudanças políticas, sociais e econômicas que estavam ocorrendo no momento em que o pensamento estava sendo construído.

A formulação de políticas sobre gestão do trabalho em saúde também foi tema frequente entre os artigos incluídos nessa pesquisa, podendo ser possível notar, inclusive, que as discussões a respeito desse tema começaram a emergir na década de 1940. Tais discussões representaram iniciativa importante para melhorar as condições de trabalho e a qualidade dos serviços prestados. Além disso, as conferências nacionais de saúde e de gestão do trabalho foram espaços fundamentais de discussão a respeito do trabalho em saúde e de sua gestão e influenciaram no desenvolvimento de políticas específicas.

O debate a respeito da autonomia dos profissionais como forma de impedir que permaneçam alienados aos processos de trabalho e afastados das decisões importantes dentro das organizações também esteve presente entre os estudos pesquisados. Porém, o trabalho em saúde, historicamente apoiado no modelo burocrático, é marcado pela divisão das atividades que são predominantemente operacionais e repetitivas, o que facilita a perda da autonomia e a alienação do profissionais.

Os autores dos estudos incluídos nessa pesquisa recomendam que sejam adotados modelos mais democráticos que possibilitem a participação de todos os atores envolvidos no trabalho, mesmo que estes assumam papéis decisórios distintos.

Com relação à precarização do trabalho, os estudos apontam que, apesar das importantes iniciativas no que respeito às políticas de gestão do trabalho, os

vínculos trabalhistas estão cada vez mãos enfraquecidos, pois não garantem os direitos dos trabalhadores convencionados por lei. Para reverter essa situação, os autores recomendam que sejam repensados aspectos relacionados às formas de contratação, vínculo, remuneração, carga horária e jornada de trabalho compatíveis para a manutenção da qualidade do serviço prestado.

As pesquisas apontam também para os desafios da gestão do trabalho em saúde, principalmente os aspectos que envolvem as transformações que vêm ocorrendo no mundo contemporâneo e na sociedade do trabalho. Sabe-se que o mercado de trabalho e as políticas de gestão do trabalho sofreram nítidas mudanças nos últimos anos, porém ainda apresentam fragilidades, principalmente no que diz respeito às peculiaridades do setor público de saúde.

Muitas fragilidades estão relacionadas à falta de integração efetiva dos trabalhadores aos objetivos da instituição associada à informalidade do trabalho e, ao mesmo tempo, às novas exigências nos processos de trabalho. Os trabalhadores de saúde são exigidos, de maneira contraditória, a atender cada vez mais pessoas/ usuários com cada vez mais qualidade, sendo submetidos a condições precárias de contratação e de trabalho.

Os desafios para a gestão do trabalho são multidimensionais e perpassam as dificuldades dos profissionais e das instituições, afetando também as esferas políticas e econômicas do trabalho.

Considera-se, então, que a gestão do trabalho em saúde deve ser tratada como área estratégica e fundamental para o efetivo funcionamento do nosso sistema de saúde, principalmente do SUS, e atendimento das demandas reais do

mundo atual com estratégias de gestão mais flexíveis e participativas que incentivem e valorizem o trabalho formal.

Com base em toda a análise realizada, há ainda a necessidade de se discutir quais são os reflexos dessa discussão teórica e conceitual na prática das organizações de saúde e se há, de fato, uma diferença de abordagem e estratégia quando a gestão do trabalho é implementada em detrimento às outras formas de gestão (departamento de pessoal, gestão de recursos humanos, gestão de pessoas, entre outras).

As discussões teóricas sobre o tema deveriam estimular mudanças nas práticas de gestão e na cultura herdada dos modelos burocráticos e de produção em massa, mas que ainda são predominantes em muitas formas de gerir.

As discussões teóricas são amplas e aprofundadas, porém as aplicações práticas talvez sejam escassas, restando um questionamento que ainda não foi totalmente desvelado: gestão do trabalho em saúde, uma mudança terminológica ou de paradigma?

7

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M. de. Reforma de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 871-922.
- ANTUNES, R. **Século XXI**: nova era da precarização estrutural do trabalho. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO, 2008. São Paulo: Fundacentro, 2008. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/anexos/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2012.
- APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência**: filosofia e pratica da pesquisa. Rio de Janeiro: Thomson Learning, 2006.
- ARIAS, E. H. L. et al. Gestão do trabalho no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília, DF, v. 3, n. 1, 2006. p. 119-34. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2012.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, Oxford (UK), v. 8, n. 1, p. 19-32, fev. 2005. Disponível em: <<http://eprints.whiterose.ac.uk/1618/1/Scopingstudies.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012.
- ASSUMPÇÃO, E. A. O. Profissional de saúde e o sofrimento. **Revista Diálogo Médico**. São Paulo, v. 16, p. 32 – 39, 1984.
- ASSUNÇÃO, A. A.; JACKSON FILHO, J. M. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar em saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 45 – 65.
- BARBOSA, N. B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2497-2506, ago. 2010.
- BATISTA, E. L.; LIMA, M. R. Trabalho, educação e hegemonia nos anos 1930 e 1940 no Brasil: análise a partir do IDORT. **Revista HISTEDBR On-line**. Campinas, número especial, p. 114-130, ago. 2010.

- BECKER, G. V. **Aplicação de programas de participação nos lucros ou resultados como estratégia de comprometimento na gestão de recursos humanos**. 1998. 203 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 447-450, maio /jun. 2009.
- BONICA, J. J. History of pain concepts and pain therapy. **The Mount Sinai Journal of Medicine**. New York, v. 58, n.3, maio 1991.
- BRANDAU, R.; MONTEIRO, R.; BRAILE, D. M. Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. São José do Rio Preto, v. 20, n. 1, p. VII – IX, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v20n1/v20n1a04.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2012.
- BRASIL. Lei n.º 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 jul. 1975. p. 8921 Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6229-17-julho-1975-357715-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 15 set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Plano Nacional de Pós-Graduação: PNPG 2011 – 2020**. Brasília, DF, 2010, v.1, p. 45-80, dez. 2010. Disponível em: <http://pdi.ufabc.edu.br/wp-content/uploads/2011/09/Plano-Nacional-de-P%C3%B3s-Gradua%C3%A7%C3%A3o-2011-2020-Volume-I.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde**: Relatório Oficial. Brasília, DF, 1963. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf. Acesso em: 28 jul. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde**: Relatório Final. Brasília, DF, 1998. 91 p. Disponível em: Acesso em: 26 jul. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca**. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: Relatório Final. Brasília, DF, 2004a. 232 p. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/rel%20final%2012a%20CNS.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH – SUS)**. 3. ed. Brasília, DF, 2005. 98 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final. **Cadernos RH Saúde**. Brasília, DF, ano 1, v. 2, n. 1, 1994. 60 p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde – Representação do Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU**. Natal: EDUFRN, 1999. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/pub04int.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises**. Brasília, DF, v. 2, 2004b. 500p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/Livro_inteiro_portugu%C3%AAs.pdf. Acesso em: 02 fev. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília, DF, v. 3, n. 1, 2006a. 188p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf. Acesso em: 24 mar. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília, DF, 2007. 270 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 28p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf. Acesso em: 15 ago. 2012.
- 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: polos de educação permanente em saúde**, Brasília, DF, 2004c. 68p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf. Acesso em: 14 abr. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações**. Brasília, DF, [s/d]. Folder de divulgação.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **SGTES: políticas e ações**. Brasília, DF, 2011. 32 p. Série B: Textos Básicos de Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/folder_livreto_sgtres_web.pdf. Acesso em: 28 jul. 2012.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**: Relatório Final. Brasília, DF, 1986a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf. Acesso em: 28 jul. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: Relatório Final. Brasília, DF, 1986b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 08 nov. 2012.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Declaração sociolaboral do Mercosul**: 10 anos DSL. Brasília, DF, 2008. Disponível em http://www.mte.gov.br/fsm/declaracao_pt.pdf. Acesso em: 08 nov. 2012.
- BUCHAN, J. Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. **Health Policy and Planning**. Oxford, v. 15, n.3, p. 319-325, set. 2000.
- CAMPOS, G. W. de S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, ago. 2010.
- CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v. 1.
- CASTRO, J. L. (Org.). **Gestão do trabalho no SUS**: entre o visível e o oculto. Natal: Editora Observatório RH NESC/ UFRN, 2007
- CASTRO, J. L.; SANTANA, J. P. **CADRHU**: uma história de um projeto. Natal: Observatório RH NESC/ UFRN, 1999. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_relato01.pdf. Acesso em: 15 dez. 2012.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/ fev. 2005a.
- CECCIM, R. B. 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, out./dez. 2005b.
- CENTRO COCHRANE DO BRASIL. **Revisões Cochrane**. São Paulo, [s.d.]. Disponível em: <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/revisoes.html>. Acesso em: 23 jan. 2009.
- CHERCHIGLIA, M. L. **Gestão do trabalho na América latina e caribe: tensões e conciliação entre “a velha e a nova agendas”**. In: SEMINÁRIO LATINO-AMERICANO E CARIBENHO SOBRE GESTÃO DO TRABALHO NOS SISTEMAS

- NACIONAIS DE SAÚDE, 2004. Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde.
- COELHO, K. S. **Gestão de pessoas e o potencial de flexibilidade na Intelbrás S.A.:** Indústria de Telecomunicação eletrônica Brasileira. 2003. 186 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- CORDEIRO, A. L; OLIVEIRA, G. M; RENTERÍA, J. M; GUIMARÃES, C. A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428 – 431, nov./dez. 2007.
- COUTINHO, E. S. F. Meta-análise. In: MEDRONHO, R. A. et al. (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 447 – 455.
- DOMINGUEZ, B. C. A despreciação é urgente. **RADIS Comunicação em saúde**. Rio de Janeiro, n. 46, p. 8-11, jun. 2006.
- DUARTE, I. G.; BOTAZZO, C. Gestão de pessoas nas Organizações Sociais de Saúde: algumas observações. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 11, n. 45, p. 161 – 168, out./dez. 2009.
- DUSSAULT, G.; DUBOIS, C. Human resources for health policies: a critical component in health policies. **Human Resources for Health**. United Kingdom, v. 1, n. 1, p. 01-16, abr. 2003.
- FARAH JUNIOR, M. F. A Terceira revolução industrial e o novo paradigma produtivo: algumas considerações sobre o desenvolvimento industrial brasileiro nos anos 90. **Revista da FAE**. Curitiba, v. 3, n. 2, p. 45-61, maio/ago. 2000.
- FERNANDES, M. C. et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 11-15, jan./fev. 2010.
- FISCHER, R. M. Gestão do Trabalho: dimensões institucionais e organizacionais. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 31, n. 4, p. 85-90, out./ dez. 1991.
- FLEISS, J. L. **Statistical methods for rates and proportions**. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, 1981. 321 p.
- FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. Relações de trabalho e políticas de gestão: uma história das questões atuais. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 27, n. 4, p. 5-15, out./ dez. 1992.
- FRANCO, L. M; BENNET, S.; KANFER, R. Health sector reform and public sector health force motivation: a conceptual framework. **Social Science & Medicine**. Maryland Heights, v. 54, n. 8, p. 1255-66, abr. 2002.

- FREIRE, J. Trabalho, emprego e cidadania. **Sociologia**. Revista do Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto, v. 19, 2009.
- GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Brasília, v. 12, n. 3, p. 549-556, maio/jun. 2004.
- GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, E. A.; SELLI, L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1043-1051, maio 2006.
- GIRARDI, S. N. Los dilemas de la reforma de la regulación del trabajo y de las profesiones de salud en la reforma del Estado. **Cuadernos médico sociales**. Rosário, v. 77, p. 45-58, abr. 2000.
- GOMES, F. P.; ARAÚJO, R. M. **Pesquisa quanti-qualitativa em administração**: uma visão holística do objeto em estudo. São Paulo, [s.d]. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/152.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2010.
- HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, jun. 2008.
- HULLEY, S. B.; NEWMAN, T. B.; CUMMINGS, S. R. Escolhendo ou sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. In: HULLEY, S. B. et al. **Delimitando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- JASMIN, M. G. História dos conceitos e teoria política e social: referencias preliminares. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 20, n. 57, fev. 2005.
- JOHNSTON, R.; CROOKS, V. A.; SNYDER, J.; KINGSBURY, P. What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. **International Journal for Equity in Health**. United Kingdom, v. 9, p. 1 – 13, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2987953/>>. Acesso em: 20 jul. 2012.
- JORGE, M. S. B. et al. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 417-425, jul./set. 2007.
- JUNQUEIRA, T. S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas de relação expansão/ precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, maio 2010.

- JUNQUEIRA, T. S. et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, jan./ mar. 2009.
- KNAPIK, M. C. **O trabalho humano**: das comunidades comunais ao modo de produção feudal. 2. ed. Curitiba: Gráfica Popular, 2004. Disponível em: <<http://www.cefuria.org.br/doc/cartilha2trabalhohumano.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2012.
- KON, A. O comércio internacional da indústria de serviços: os impactos no desenvolvimento de países da América Latina. **Cadernos PROLAM/ USP**. São Paulo, v. 2, n. 9, p. 9 – 47, jul./ dez. 2006. Disponível em: <http://www.usp.br/prolam/downloads/2006_2_1.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.
- KOSSELLECK, R. Uma história dos conceitos: problemas teóricos e práticos. **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 134 – 146, jul./ dez. 1992.
- KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
- LACAZ, F. A. de C. et al. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 253-263, fev. 2010.
- LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implementation Science**, United Kingdom, v. 5, p. 1-9, set. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20854677>>. Acesso em: 4 set. 2012.
- LOBATO, L. V. C; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- LONGHI, M. P. Perspectivas do trabalho em saúde no Brasil. In: VI SEMINÁRIO DO TRABALHO - Trabalho, Economia e Educação, 2008, Marília. **Anais...** Disponível em: <<http://www.estudosdotrabalho.org/anais6seminariodotrabalho/marcelenpalulonghi.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2010
- LOPES, A. L. M; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 771-778, out./dez. 2008.
- LUKÁCS, G. **As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem**. In: CONGRESSO FILOSÓFICO MUNDIAL, 1969, Viena. Disponível em: <<http://moviments.net/espaimarx/docs/818f4654ed39a1c147d1e51a00ffb4cb.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2010.
- LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social**: os princípios ontológicos fundamentais de Marx. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

- MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gestrasau.html>>. Acesso em: 15 set. 2012.
- MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 133-146, jul./ago. 2000.
- MACHADO, M. H.; KOSTER, I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de despreciação do Sistema Único de Saúde. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar em saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 45 – 65.
- MACHADO, M. H.; PAULA A. E.; AGUIAR FILHO, W. O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, p. S292-S301, 2007. Suplemento 2.
- MALIK, A. M. **Gestão de recursos humanos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 9.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 106-185.
- MARTINS, H. F. Em busca de uma teoria da burocracia pública não estatal: política e administração no terceiro setor. **Revista de Administração Contemporânea**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 109-128, set./dez. 1998.
- MATOS E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006.
- MEDEIROS, A. C. de et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 38-42, jan./fev. 2010.
- MELLO, M. L. B. C. de; AMÂNCIO FILHO, A. A gestão de recursos humanos em uma instituição pública brasileira de ciência e tecnologia em saúde: o caso Fiocruz. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 613-636, maio/jun. 2010.
- MENDONÇA, M. H. M. de et al. Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2366, ago. 2010.
- MENEGHETTI, F. K. Tréplica – O que é um ensaio-teórico? **Revista de Administração Contemporânea**. Curitiba, v. 15, n. 2, p. 343-348, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n2/v15n2a10.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

- MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.
- MIRANDA, M. C. C. **Reações adversas não alérgicas à suspensão injetável de benzilpenicilina benzatina**: uma revisão sistemática. 2002. 129 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- MOYSES, N. M. N.; MACHADO, M. H. Políticas de gestão do trabalho no SUS: o desafio sempre presente. *Divulgação em Saúde para Debate*. Londrina, v. 45, p. 33-41, maio 2010.
- NARASIMHAN, V. et. al. Responding to the global human resources crisis. **The Lancet**. New York, v. 363, n. 9419, p. 1469-1472, maio 2004.
- NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Práticas de saúde pública. In: ROCHA, A. A.; CÉSAR, C. L. G. **Saúde pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 269-295.
- NOGUEIRA, A. J. F. M. Gestão estratégica das relações de trabalho. In: FLEURY, M. T. L. (Coord.). **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002.
- NOGUEIRA, R. P. Trabalho em Serviços de Saúde. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília, DF, 2000. p. 59-64.
- NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. de A. **Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública**. Brasília, DF: Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESP/ CEAM/ UnB), 2004. Disponível em: <http://www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Limites_criticos.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2012.
- OJUGAS, A. C. **A dor através da história e da arte**. Tradução de X. S. Graells e M. L. CORDOVA. Barcelona: Atlas Medical Publishing Ltd., 1999.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **História**. Brasília, DF, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.oit.org.br/content/hist%C3%B3ria>>. Acesso em: 4 fev. 2012.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Atención primaria de Salud** – Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma - Ata. Ginebra; OMS; 1978. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>. Acesso em: 23 jan. 2010.
- PADILLA, M. Gestión del Trabajo. In: REUNIÓN DE CONSULTA REGIONAL. **Resumen de los trabajos de grupo y plenaria**. Brasília, DF, jul. 2004.

- PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL M. Z.; ALMEIDA FILHO N. (Orgs.). **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MED-SI, 2003. p. 567-583.
- PAIM, J. S. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, jun. 1998.
- PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363 – 382, jul./dez. 2004.
- PEREIRA, M. J. B.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M. C. P.; MATUMOTO, S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 62, n. 5, p. 771-777, set./out. 2009.
- PESSOA, M. As relações de trabalho no contexto global, 2000. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=1146>>. Acesso em: 23 jan. 2010.
- PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, jul./ dez. 2001.
- PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília, DF, v. 2, p. 51 – 70, 2004. Série B: Textos básicos de saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Livro_inteiro_portugues.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2010.
- PIERANTONI, C. R. et al. **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ UERJ: ObservaRH, 2012. 156 p.
- PIERANTONI, C. R. et al. 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. 4, p. 685-704, out./dez. 2008.
- PIMENTA, A. L.; LIVORATO, F. Educação permanente: ferramenta para qualificar os sistemas municipais de saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, v. 44, p. 85-99, maio 2009.
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**: estudo em instituições escolhidas. 1996. 356 p. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

- PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr./jun. 2000.
- PIRES-ALVES F.; PAIVA, C. H. A.; HOCHMAN, G. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 819-829, maio/ jun. 2008.
- RAMALHO, V. **Questões de direito do trabalho**. Lisboa: Editorial O Século, 1979.
- RAMOS, A. S. et al. Política de gestão do trabalho e educação permanente na Bahia: “o SUS é uma escola”. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Bahia, v. 33, n. 1, p. 40-50, jan./mar. 2009.
- RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. Teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.
- RIGOLI, F.; DUSSAULT, G. The interface between health sector reform and human resources in health. **Human Resources for Health**. United Kingdom, v. 1, n. 9, p. 1-12, nov. 2003.
- ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/ Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1994.
- RUAS, R.; ANTUNES, E. Gestão do trabalho, qualidade total e comprometimento no cenário da reestruturação. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 4253, jan./mar. 1997.
- SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007.
- SANTANA, J. P. **A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde**: elementos para uma proposta. Documento apresentado no Painel Gestão de Recursos Humanos, na II CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE, Brasília, DF, set. 1993.
- SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: SANTANA, J. P. (Org.). **Perspectivas para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde**. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos. n. 5. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1994.
- SANTANA, J. P. Gestão do trabalho no serviço público de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 37, p. 66-69, dez. 1992.

- SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SARAIVA E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAIVA E.; FERRAREZI E. (Org.). **Políticas públicas**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2006. v. 1., p. 21 – 42. Disponível em: http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=858. Acesso em: 18 dez. 2012.
- SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T. de; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603 – 614, mar. 2010.
- SCHERER, M. D. dos A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721 – 725, ago. 2009.
- SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Orgs.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2004. p. 23-33.
- SEVCENKO, N. **A corrida para o século XXI: no loop da montanha-russa**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- SILVEIRA, D. S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1714 – 1726, set. 2010.
- SODRÉ, F. Serviço social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 103, p. 453 – 475, jul./ set. 2010.
- TEIXEIRA, M. J.; OKADA, M. Dor: evolução histórica dos conhecimentos. In: TEIXEIRA, M. J. (Org.). **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Maio, 2003. p. 15 - 51
- TIMBÓ, D. B. de P. et al. As competências para o gerenciamento eficaz: o caso da Rede de Serviços de Saúde São Gerardo. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 11, n. 43, p. 72 – 82, abr./ jun. 2009.
- VIEGAS, S. M. da F. et al. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 769 – 784, abr./ jun. 2010.
- VIEIRA, M. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 243-260, jul. 2007.

ANEXO 1

FORMULÁRIO DE MAPEAMENTO DOS DADOS

	Autor	Instituição de Vínculo do(s) Autor(es)	Título do Estudo	Título do Periódico	Ano	Descritores (d) Palavras chave (p)	Local de Estudo	
1

ANEXO 2

ESTUDOS SELECIONADOS

- BARBOSA, N. B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2497-2506, ago. 2010.
- BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 447-450, maio /jun. 2009.
- CAMPOS, G. W. de S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, ago. 2010.
- CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- DUARTE, I. G.; BOTAZZO, C. Gestão de pessoas nas Organizações Sociais de Saúde: algumas observações. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 11, n. 45, p. 161 – 168, out./dez. 2009.
- FERNANDES, M. C. et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 11-15, jan./fev. 2010.
- GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, E. A.; SELLI, L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1043-1051, maio 2006.
- HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, jun. 2008.
- JORGE, M. S. B. et al. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de despreciação do trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 417-425, jul./set. 2007.
- JUNQUEIRA, T. S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas de relação expansão/ precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, maio 2010.

- JUNQUEIRA, T. S. et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, jan./ mar. 2009.
- LACAZ, F. A. de C. et al. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 253-263, fev. 2010.
- MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 133-146, jul./ago. 2000.
- MACHADO, M. H.; PAULA A. E.; AGUIAR FILHO, W. O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, p. S292-S301, 2007. Suplemento 2.
- MATOS E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006.
- MEDEIROS, A. C. de et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 38-42, jan./fev. 2010.
- MELLO, M. L. B. C. de; AMÂNCIO FILHO, A. A gestão de recursos humanos em uma instituição pública brasileira de ciência e tecnologia em saúde: o caso Fiocruz. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 613-636, maio/jun. 2010.
- MENDONÇA, M. H. M. de et al. Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2366, ago. 2010.
- MOYSES, N. M. N.; MACHADO, M. H. Políticas de gestão do trabalho no SUS: o desafio sempre presente. **Divulgação em Saúde para Debate**. Londrina, v. 45, p. 33-41, maio 2010.
- PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363 – 382, jul./dez. 2004.
- PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, jul./ dez. 2001.
- PIERANTONI, C. R. et al. 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. 4, p. 685-704, out./dez. 2008.

- PIMENTA, A. L.; LIVORATO, F. Educação permanente: ferramenta para qualificar os sistemas municipais de saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, v. 44, p. 85-99, maio 2009.
- PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr./jun. 2000.
- PIRES-ALVES F.; PAIVA, C. H. A.; HOCHMAN, G. História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 819-829, maio/ jun. 2008.
- RAMOS, A. S. et al. Política de gestão do trabalho e educação permanente na Bahia: “o SUS é uma escola”. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Bahia, v. 33, n. 1, p. 40-50, jan./mar. 2009.
- SANTANA, J. P. Gestão do trabalho no serviço público de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 37, p. 66-69, dez. 1992.
- SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T. de; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603 – 614, mar. 2010.
- SCHERER, M. D. dos A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721 – 725, ago. 2009.
- SILVEIRA, D. S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1714 – 1726, set. 2010.
- SODRÉ, F. Serviço social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 103, p. 453 – 475, jul./ set. 2010.
- TIMBÓ, D. B. de P. et al. As competências para o gerenciamento eficaz: o caso da Rede de Serviços de Saúde São Gerardo. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 11, n. 43, p. 72 – 82, abr./ jun. 2009.
- VIEGAS, S. M. da F. et al. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 769 – 784, abr./ jun. 2010.
- VIEIRA, M. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 243-260, jul. 2007.