

GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Conceição Maria Vaz Robaina
Monica Simone Pereira Olivar

Gestão do trabalho em saúde é uma categoria repleta de mediações, condicionada pela teleologia que orienta o trabalho neste campo. Afeta a categoria dos assistentes sociais em duas dimensões: na condição de força de trabalho especializada e integrada a outras categorias profissionais no campo e, sobretudo a partir do alargamento do conceito de saúde na Constituição Federal de 1988, também na condição de agentes da gestão do trabalho.

Deste modo, trataremos aqui brevemente das determinações centrais desta categoria para retomá-la ao final num esboço de síntese conceitual.

A área de *gestão do trabalho em saúde* sofre, historicamente, as determinações da dinâmica da luta de classes e da dimensão político-ideológica nas relações entre Estado e mercado, sendo pautada nos debates do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos de 1980, e categorizada, ao longo dos anos, como *recursos humanos, administração de pessoal, gestão de pessoas, força de trabalho e gestão da educação e do trabalho em saúde*. Todavia, as trocas de nomenclaturas não alteraram de modo central a questão das condições e relações de trabalho, face às determinações estruturais que incidem sobre os trabalhadores no capitalismo contemporâneo.

Como foi possível elaborar uma política de recursos humanos que levou as pessoas que desempenham funções iguais tenham salários diferentes? (BRASIL, 1986). Assim, ecoavam as vozes históricas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e ainda ecoam, mesmo que timidamente, nos espaços coletivos da saúde. O discurso do passado responde ao presente em um eterno ver-se-jar.

Em 1986, no mesmo ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, cujos temas centrais foram: mercado de trabalho, planos de cargos e salários, formação, ensino de graduação, educação permanente e valorização dos trabalhadores da saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis 8.080/90 e a 8.142/90, ficou explicitada a necessidade de articulação entre as três esferas de governo (União, Estado e Municípios) para a formalização e execução da política de recursos humanos. A Lei nº 8.080/90 traz no capítulo 1, art. 6º a Saúde do Trabalhador e a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. Já a Lei nº 8.142/90 fortalece a exigência da criação de comissões para elaboração de planos de cargos e carreiras para os trabalhadores do SUS como critério para repasse de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios.

Entretanto, a partir da década de 1980, o Banco Mundial assumiu a liderança no desenvolvimento global da agenda internacional para as políticas de saúde, financiando projetos e exigindo as condicionalidades necessárias ao ajuste estrutural, subordinando a avaliação dos gastos em saúde à preocupação com a consistência macroeconômica dos países e determinando o processo de contrarreforma, a desregulamentação do Estado e utilização do fundo público para o financiamento do mercado (MATTOS, 2001).

Conforme sinalizam vários autores que se debruçam sobre estudos acerca da Política de Saúde no Brasil, desde a década de 1990 o SUS é alvo das contrarreformas neoliberais que têm atacado seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo

de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde (CORREIA, 2011; ANDREAZZI; BRAVO, 2014; BRAVO; MENEZES, 2011).

Devido às propostas de reformas estruturais do Estado que entraram em discussão no governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995, conduzidas pelo então Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), presenciou-se o surgimento de um processo de precarização dos vínculos de trabalho na administração pública, ratificando a ofensiva contra os direitos sociais instituídos pela Constituição. Nesta nova concepção, a Saúde não foi considerada núcleo estratégico de Estado, mas parte das funções “não exclusivas de Estado” passando a adotar uma política de flexibilização de contratos e jornadas de trabalho e da expansão da terceirização. Tal política passou a ser adotada por boa parte dos estados e municípios, provocando um enorme processo de precarização do trabalho no SUS.

Em 2003, no governo Lula, foi instituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS), através do Decreto nº 4.726, de 9 de junho, que criou condições favoráveis ao desenvolvimento desta área no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Nesse contexto, foi formulada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, a NOB-RH, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, documento que incorporou propostas sobre ingresso e mobilidade dos trabalhadores, Plano de Cargos, Carreiras e Salários, Saúde do Trabalhador, dentre outros. A versão final foi publicada em 2003 e orientou a pauta da III Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, somente realizada em 2006, já em outro contexto político-institucional.

A criação da SGETS desencadeou um conjunto de iniciativas, entre as quais a formulação da Política de Gestão do Trabalho no SUS e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009). Além disso, a negociação de contratos de trabalho e os esforços voltados à desprecarização dos vínculos de trabalho assumiram papel preponderante na pauta dos dirigentes. Nesse sentido, criou-se a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), fórum paritário entre gestores e trabalhadores para construção de uma agenda de prioridades a serem pactuadas entre gestores, prestadores de serviços e trabalhadores (BRASIL, 2003), bem como o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho, criado com o objetivo de buscar soluções para esta problemática nas três esferas de governo (BRASIL, 2006). Importante registrar que a MNNP-SUS foi extinta no governo Bolsonaro através do Decreto nº 9.759/2019 e recém retomada logo após o início do terceiro mandato presidencial de Lula (2023) no bojo da reorganização do aparelho estatal.

Como visto, as contradições da luta de classes se expressam na *Gestão do Trabalho em Saúde*. Entretanto, é possível observar que nos anos 2000 o campo mantém a tendência das políticas neoliberais. Por opção político/ideológica e ferindo frontalmente os dispositivos constitucionais, foi deflagrado em todo o país o processo de privatização da gestão dos serviços de saúde, através das Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direitos Privados, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e outras.

A transferência da gestão dos serviços de saúde para o “setor público não estatal que na realidade é privado” (CORREIA, 2011), mediante Contrato Gestão, no caso das OSs e de Termo de Parceria com a OSCIP, através do repasse da gestão, dos recursos, das instalações públicas e de pessoal, se configura como forma de privatização do que é público,

e contraria diretamente a Constituição Federal de 1988. Alguns autores têm caracterizado esses modelos de gestão, como “privatizações não clássicas porque não se realizam pelo mecanismo da venda típica, mas envolvem também no plano dos argumentos uma afirmação de que tais mecanismos operarão com mais e não menos Estado” (GRANEMANN, 2011).

O setor saúde seguiu a tendência geral de cortes e terceirizações, intensificando problemas enfrentados anteriormente, como a contratação por tempo parcial ou temporário, a multiplicidade de jornadas de trabalho, a diferenciação salarial, previdenciária e de vigilância em saúde entre trabalhadores de uma mesma categoria, com conseqüente enfraquecimento do trabalho coletivo, sob a justificativa da necessidade de cumprir a Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei complementar nº 101 de 4/5/2001, “que impõe um teto de 56% da receita corrente líquida com despesas de pessoal criando condicionalidades financeiras relativas aos gastos com saúde, sabidamente intensivos em pessoal” (ANDREAZZI; BRAVO, 2014). Decorre desta realidade a coexistência de uma enorme diversidade de vínculos e “patrões”, como as Organizações Não Governamentais, Cooperativas, Parcerias Público-Privadas, as já citadas OSCIPS e OSs, a contratação de empresas prestadoras de serviços (ou intermediadoras de mão de obra), a chamada PJotização (quando os terceirizados são levados a transformarem-se individualmente em Pessoa Jurídica) e outras, niveladas pela degradação do trabalho nas suas diversas dimensões, marca indelével da terceirização (DRUCK, 2016). *Pari passu*, deteriora-se também as condições de trabalho dos servidores públicos.

Esta tendência de flexibilização das relações de trabalho acentuou-se em 2016 com o governo de Michel Temer (2016-2018), através da contrarreforma trabalhista, a Lei da Terceirização e um projeto de austeridade, possibilitando o avanço dos interesses do grande capital com cortes de recursos em áreas prioritárias como educação e saúde. Essa agenda neoliberal são contrarreformas defendidas unitariamente pelos segmentos do empresariado brasileiro, base fundamental de sustentação do governo Bolsonaro-Guedes (2019-2022). Todas elas, incluindo a perspectiva de reformas administrativas, são justificadas em nome de um ajuste fiscal permanente, aplicado desde o final dos anos 1990 e cujos resultados provocaram um aumento brutal da desigualdade econômica e social (DRUCK, 2021). Ademais, segundo Soares *et al.* (2017), a contrarreforma e sua cultura da crise têm imposto novas requisições aos trabalhadores da saúde no cotidiano da prática, incluindo os assistentes sociais, como estimular os usuários do SUS a aderir a um conjunto de mudanças impetradas, do qual tanto os profissionais quanto os usuários são vítimas.

Tal como ilustrado, estas determinações condicionam as práticas na ponta dos serviços. Compreendê-las é uma exigência porque, subsumidos pelo cotidiano, é comum explicarmos a precarização do serviço, a opressão do trabalho, o racismo institucional, os constrangimentos por produtividade, o assédio moral, a partir do perfil pessoal do gestor local. Na verdade, a figura do gestor imediato retrata uma personificação de determinações maiores, combinada com a forma particular como este gestor as implementa, mas é também mediada pelo grau e o tipo de resistência que ele encontra por parte dos trabalhadores e dos próprios usuários. Neste particular, ganha centralidade o papel histórico dos sindicatos e os complexos debates sobre o sindicalismo no Brasil, que não cabem nos limites deste artigo.

Do mesmo modo, induz ao erro de análise buscar as causas da deterioração das relações de trabalho nas particularidades do outro vínculo empregatício, seja por parte dos servidores públicos em relação aos terceirizados (dos quais se aponta a ausência do concurso público), seja pelo inverso, sob acusação de trabalhadores privilegiados. Tal

corresponsabilização no âmbito das relações imediatas obscurecem os interesses de classe ali contidos e são produtores de adoecimento dos trabalhadores e de obstáculos à organização e reação conjunta destes segmentos.

De igual relevância é a análise do grau de permeabilidade da gestão à participação dos trabalhadores no que se refere a constituição do modelo de assistência e da esfera político-administrativa. Um importante marcador é se há uma hierarquização dos saberes (e poder) no fluxo de trabalho da assistência, que vão caracterizar um determinado tipo de trabalho em equipe (interdisciplinar, multidisciplinar, transdisciplinar), assim como se há espaços institucionais coletivos regulares e sua natureza (informativa, consultiva ou deliberativa). Tais elementos definem o coeficiente de democratização das relações de trabalho e de potencial para concretização de fundamentos caros ao SUS.

Deste modo, numa perspectiva histórico-dialética, compreende-se que no âmbito dos serviços estas tendências se corporificam e se contrapõem, ou seja, no solo do cotidiano se constitui uma arena de disputa pela hegemonia de projetos sanitários e societários. É neste sentido que mediatizar é uma requisição aos atores sociais implicados.

Assim, considerando a natureza da sociedade capitalista, é possível sintetizar a *Gestão do trabalho em saúde* como instrumento estratégico para viabilizar o projeto sanitário hegemônico, poroso aos interesses e resistências do mercado e da classe trabalhadora, em especial da sua fração de trabalhadores em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, G. Reforma trabalhista, modernização catastrófica e a miséria da República brasileira. [S. l.]. Jornal GGN, 2017. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2017/03/27/reforma-trabalhista-modernizacao-catastrofica-e-a-miseria-da-republica-brasileira/>>. Acesso em 9 de set. de 2022.
- ANDREAZZI, M. de F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde. *Trab. Educ. Saúde*, v. 12 n. 3, p. 499-518. Rio de Janeiro: Fiocruz, set./dez. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal/ Centro Gráfico, 1988.
- _____. Lei nº 8080, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, 1990.
- _____. Lei nº 8142, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, 1990.
- _____. Plano Diretor da Reforma do aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Reforma da Administração Federal e do Estado, 1995.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. 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: Desprecariza SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília, 2009.
- BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). A Saúde no governo Lula e Dilma: algumas reflexões. Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. 1ª ed., p. 15-28. Rio de Janeiro: UERJ/ Rede Sirius, 2011.
- CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Orgs.). Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. 1ª ed., p. 43-49 Rio de Janeiro: UERJ/ Rede Sirius, 2011.
- DRUCK, G. Terceirização do Trabalho no Brasil: novas e distintas perspectivas para o debate. Trab. Educ. Saúde, v. 14, supl. 1, p. 15-43. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- _____. Reforma Administrativa: a “reforma trabalhista” dos servidores públicos. Rev. Bras. Adm. Pol., 13(I1): 69-84. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/remir/images/2021/Debates_Remir_Abet/Rebap_25_-_2021_Reforma_Administrativa-70-85.pdf>. Acesso em 9 de set. de 2022.
- GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). Cadernos de Saúde. Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade. 1ª ed., p. 43-49 Rio de Janeiro: UERJ/ Rede Sirius, 2011.
- MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 377-389, Rio de Janeiro, 2001.
- SOARES, R. C. *et al.* Contrarreforma na política de saúde brasileira e impactos no Serviço Social. Ciências e Políticas Públicas | Public Sciences & Policies, v. III, n. 1, p. 17-37, 2017.