

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

Lívia Ramalho Arsego

A valorização do trabalhador da saúde pública: a agenda brasileira

Porto Alegre
2013

Lívia Ramalho Arsego

Dissertação de Mestrado

A valorização do trabalhador da saúde pública: a agenda brasileira

Dissertação de Mestrado apresentada
para a obtenção do título de Mestre
em Ciência Política pelo PPG de
Ciência Política da UFRGS

Orientador

Prof. Dr. Luis Gustavo Mello
Grohmann

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Arsego, Livia R.

A valorização do trabalhador da saúde pública: a agenda brasileira / Livia R. Arsego. -- 2013.
95 f.

Orientador: Luis Gustavo Mello Grohmann.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Políticas Públicas. 2. Saúde. 3. Agenda. 4. Controle Social. I. Grohmann, Luis Gustavo Mello , orient. II. Título.

Lívia Ramalho Arsego

A valorização do trabalhador da saúde pública: a agenda brasileira

Dissertação de Mestrado apresentada
para a obtenção do título de Mestre
em Ciência Política pelo PPG de
Ciência Política da UFRGS

Aprovada em 24 de janeiro de 2013

Banca examinadora:

Prof. Dr. Luis Gustavo Mello Grohmann (orientador)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Alfredo Alejandro Gugliano
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Sérgio Peres
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Márcia Riberio Dias
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Agradecimentos

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política pela oportunidade. Agradeço ao Prof. Dr. Luis Gustavo Grohmann pela dedicação na orientação de minha pesquisa. Agradeço ao Grupo Hospitalar Conceição pelo incentivo institucional para a realização do mestrado. Agradeço ao Me. Edenilson Bomfim, coordenador da equipe da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento/GRH/GHC, pelo apoio profissional e intelectual, e pelo companheirismo.

Resumo

A questão do trabalho e do trabalhador nas organizações tem ocupado importância crescente no debate atual. A retomada da centralidade da categoria trabalho, para a compreensão do ser humano, da construção de sua identidade e do estabelecimento das relações sociais, demonstra a busca do sentido do trabalho para o sentido da vida em sociedade. As formas de produção e reprodução das bases materiais capitalistas levaram o trabalho a ser sinônimo de sofrimento e subsistência. Na contramão deste processo, as políticas de valorização do trabalho, e em específico a este estudo, na área de política pública de saúde, buscam a superação das relações precárias, da alienação e da transformação do trabalhador em um mero insumo. Na trajetória da política pública de saúde no Brasil, é possível identificar a importância da participação social, enquanto espaços legítimos e institucionalizados da democracia brasileira, através dos espaços de Controle Social – Conselhos e Conferências de Saúde, para a construção e consolidação do que hoje é o Sistema Único de Saúde. Para a qualificação constante desta política no atendimento às demandas da população, o trabalhador retoma o papel de produtor e agente de seu trabalho, como insubstituível na produção do cuidado em saúde. Dificuldades históricas no reconhecimento do trabalhador e nas condições de trabalho em saúde são apresentadas recorrentemente nos documentos das Conferências, demonstrando que o Controle Social já identificava a importância e reivindicava modificações no *status quo*. A presente pesquisa demonstra, a partir da análise documental, a relação estabelecida entre o Controle Social e a formulação da agenda governamental para a valorização do trabalhador da saúde, trazendo contribuições para reflexões e debates, identificando avanços e acúmulos, bem como desafios.

Palavras-chave: *saúde, política pública, controle social, agenda*

Abstract

The issue of worker and work in organizations has occupied increasingly important in the current debate. The recovery of the centrality of category work, to understand the human being, the construction of identity and the establishment of social relationships demonstrates the search for the meaning of work for the meaning of life in society. The forms of production and reproduction of material bases capitalists led the work to be synonymous with suffering and survival. Against this process, policies valorization of work, and in particular to this study, in the area of public health policy, seeking to overcome the precarious relations, alienation and transformation of the worker into a mere scrap. In the course of public health policy in Brazil, it is possible to identify the importance of social participation, while legitimate and institutionalized spaces of Brazilian democracy, through the spaces of Social Control - Health Councils and Conferences for the construction and consolidation of what is now the Sistema Único de Saúde (Unified Health System) for the qualification contained in this policy in meeting the demands of the population, the worker resumes the role of producer and agent for his work as irreplaceable in the production of health care. Historical difficulties in recognizing and working conditions of health workers are repeatedly presented in the documents of the Conference, showing that the Social Control has identified the importance and demanded changes in the status quo. This research demonstrates, from the documentary analysis, the relationship between Social Control and the formulation of the government agenda for the valuation of health worker, bringing contributions to discussions and debates, identifying advances and accruals as well as challenges.

Keywords: *health, public policy, social control, agenda setting*

Índice de Ilustrações

| | |
|--|----|
| Quadro 01: Eixos da categoria Valorização do Trabalhador | 24 |
| Quadro 02: Frequência das ocorrências por categoria temática/ano | 61 |
| Gráfico 01: Frequência das ocorrências por categoria temática/ano | 61 |
| Gráfico 02: Número de atos normativos da categoria Valorização do Trabalhador/ano | 63 |
| Tabela 01: Conferências/Diretrizes e atos legislativos relacionados | 74 |

Sumário

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 A CATEGORIA TRABALHO | 14 |
| 2.1 Trabalho e precarização do trabalho | 14 |
| 2.2 Trabalho em saúde: suas especificidades | 17 |
| 2.3 A valorização do trabalho e do trabalhador da saúde | 21 |
| 3 POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE NO BRASIL | 28 |
| 3.1 Democracia e o Controle Social | 37 |
| 3.2 Controle Social e o Sistema Único de Saúde | 42 |
| 4 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE NA VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR | 48 |
| 4.1 As Conferências Nacionais | 49 |
| 4.2 O Conselho Nacional de Saúde | 58 |
| 4.3. Acerca dos espaços de democracia participativa no SUS | 65 |
| 5 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O TRABALHADOR DA SAÚDE | 70 |
| 5.1 Legislativo | 71 |
| 5.2 Executivo | 76 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 84 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 90 |

1 INTRODUÇÃO

A preocupação principal dos gestores públicos na área da saúde voltava-se, entre 1950 a 1980, para o financiamento e a organização da rede de serviços de assistência à saúde. A questão de recursos humanos não se traduzia em foco de atenção na produção dos serviços na sociedade, que eram considerados como mais um insumo, ao lado dos recursos materiais e financeiros.

A discussão sobre um novo olhar para o trabalho inicia com maior nitidez a partir da década de 1990. Neste período, o contexto brasileiro era de transformações políticas, econômicas e sociais. O cenário era marcado por uma crise econômica e por estratégias neoliberais, como o “novo gerencialismo público”, que impulsionavam a desregulamentação do trabalho e, ao mesmo tempo, a reestruturação produtiva, que implicava novas tecnologias e especializações. Essas mudanças eram incentivadas principalmente pelo mercado privado de serviços, que defendia que o Estado não deveria ser o agente provedor central de assistência à sociedade, nem intervir na regulação do mercado. Esse panorama agravava a situação social e dificultava o acesso a serviços e à proteção social pelos desprovidos de capital.

A administração do trabalho, que seguia o modelo fordista e taylorista em séries, após sinais de esgotamento mundial, vê no toyotismo japonês uma alternativa para buscar maior envolvimento dos trabalhadores com as empresas e maior lucro. Esse envolvimento, porém, era fundamentado em bases de fragmentação do trabalho, superexploração e alienação. Segundo Antunes (2003):

Diminui-se ou mescla-se, dependendo da intensidade, o despotismo taylorista, pela participação dentro da ordem e do universo da empresa, pelo envolvimento manipulatório, próprio da sociabilidade moldada contemporaneamente pelo sistema produtor de mercadorias (2003:24).

E, ainda, a saúde do trabalhador era administrada apenas como Previdência, focalizada no receio de adoecimento real da massa de trabalhadores produtores de mercadorias para o sistema econômico, a qual não podia parar.

Neste contexto, o trabalhador de saúde assemelha-se em condições ao demais pertencentes à classe-que-vive-do-trabalho. A especificidade do trabalho em saúde traz ainda maiores cuidados ao analisar a questão. Frente a essa realidade de superexploração e desregulamentação do trabalho, emergiram movimentos

sociais, que desempenharam papel consideravelmente importante para a recolocação da centralidade do trabalhador nesse processo, ampliando a discussão sobre a gestão do trabalho, incluindo o planejamento, a saúde do trabalhador, bem como a qualificação do trabalho e do trabalhador.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986, foi um marco histórico importante, legitimando reivindicações para a institucionalização, na Constituição Federal de 1988, do que hoje se vivencia no cotidiano da saúde brasileira. A assistência à saúde constituiu-se como um sistema, o Sistema Único de Saúde (SUS), com direção única, porém descentralizado em atribuições para os diferentes entes federados: municípios, estados e União. Além de pautar os princípios da universalidade, equidade, descentralização e controle social para a saúde, regulamentados posteriormente em 1990 pelas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), a Conferência de 1986 trouxe para a discussão nacional as precariedades das condições de trabalho vivenciadas pelo trabalhador da saúde.

A situação do trabalhador da saúde entrou em debate nacional, sendo problematizada em diversos espaços e fóruns de discussão. A mudança na forma de perceber o trabalho começava a ser delineada. As Conferências Nacionais de Saúde e as específicas de Recursos Humanos levantaram pontos fundamentais e estruturantes do campo e aprovaram grandes diretrizes consoantes às lutas políticas e às suas respectivas épocas de realização, mediando avanços e recuos entre governo, trabalhadores e população.

Considera-se que o papel desempenhado pela organização de trabalhadores em sindicatos, associações e movimentos em prol de melhores condições e saúde no trabalho, e principalmente os espaços institucionais de Controle Social no SUS foram fundamentais para a construção de novos olhares e práticas em recursos humanos na saúde. O pressuposto é que estes espaços se consolidaram como importantes na construção da agenda das políticas públicas nacionais para o trabalhador da saúde no Brasil.

Apresenta-se, neste estudo, análise acerca da contribuição das proposições e deliberações vinculadas aos espaços de Controle Social para a formação da agenda na área das políticas de valorização do trabalho e do trabalhador da saúde no Brasil, tendo como base a produção documental, a produção legislativa e as normativas e

as ações do Executivo referentes à temática. Dessa forma, busca-se identificar o *locus* da formação da agenda nesta área, visando a contribuir com reflexões e debates, bem como com a consolidação e o amadurecimento das ações desenvolvidas pelos órgãos e pelos profissionais vinculados à política de saúde.

O capítulo intitulado “A Categoria Trabalho” é dedicado às concepções de trabalho, tendo como pano de fundo a retomada da visão marxiana de crítica à exploração do trabalho, coerente com as morfologias do mundo do trabalho atual, correspondente à manutenção da alienação do trabalho e a uma precarização desconstrutora da identidade humana. Abordam-se desafios colocados à gestão, aos trabalhadores e suas entidades, ao controle social e aos governos, principalmente no que tange à busca do significado do trabalho, da subjetividade e da realização humana. Para a operacionalização do estudo das políticas públicas para a temática, o conceito de trabalho é exposto a partir da categoria “Valorização do trabalhador da saúde”, de forma a proporcionar um detalhamento maior de ações e políticas que podem ser relacionadas à busca do sentido do trabalho, ao enfrentamento da precarização das relações de trabalho e de transformações desse panorama.

No capítulo denominado “Políticas Públicas e Saúde no Brasil” são abordadas definições de políticas públicas e os parâmetros escolhidos para nortear este estudo. A escolha pela abordagem teórica multicêntrica compreende a relação entre a formulação da política pública de saúde e o papel dos movimentos e espaços de Controle Social, bem como de diversos atores na arena política da saúde para construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A compreensão de democracia assenta-se na capacidade legítima da oposição e do recurso, conforme afirma Touraine (1996), na qual estão compreendidos os espaços instituídos de Controle Social, centrais para esta pesquisa. Para tal feito, apresenta-se a trajetória histórica da institucionalização da saúde como política pública, contemplando as inserções dos movimentos de oposição e de Controle Social, que contribuíram para delinear diretrizes e princípios nos quais está baseada e inscrita como política de Estado na Carta Magna de 1988, bem como demandas que já se colocavam como emergentes na política pública da saúde acerca das condições de trabalho.

As contribuições identificadas nessas grandes linhas teóricas – o significado do trabalho em Marx, a Democracia em Touraine, a resignificação do conceito moderno de Controle Social, a formação de agenda no ciclo de Políticas Públicas – apresentam, nesse estudo, uma confluência rica e complexa para adentrar o problema de pesquisa denominado “Valorização do Trabalhador”. Esta categoria, construída para o presente estudo, traz em si a perspectiva de abarcar a importância da retomada do sentido do trabalho humano em uma sociedade capitalista e de instituições políticas democráticas, marcada por disputas políticas na construção da agenda e, ao mesmo tempo e por vezes contraditória, buscando a efetividade na consolidação de uma assistência pública à saúde da população.

O capítulo “Conferências de Saúde e Conselho Nacional de Saúde na valorização do trabalhador” expõe dois momentos de pesquisa. No primeiro momento, é apresentada uma revisão da temática de valorização do trabalhador na história das Conferências Nacionais de Saúde e das específicas de Recursos Humanos/Gestão do Trabalho em Saúde, através da qual foi possível identificar a presença de diagnósticos e reivindicações envolvendo as condições dos recursos humanos na saúde em praticamente todos os encontros. O segundo momento expõe a análise dos atos normativos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), buscando identificar as formas como a temática da valorização do trabalho e do trabalhador da saúde foi tratada durante o período estudado.

A metodologia de análise documental pode ser definida, segundo as autoras Bardin (2009) e Minayo (1998), como uma das técnicas da análise de conteúdo, uma forma de construção de um banco de dados de visualização rápida, permitindo a verificação de frequências, busca temática por palavras-chaves e uma visualização geral dos documentos encontrados. Os documentos analisados abrangeram resoluções e aprovações de atos normativos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), desde a sua configuração como espaço deliberativo – a partir de 1990, até o ano de 2009, bem como de artigos relacionados e relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde e das três Conferências nacionais específicas. Portanto, são apresentadas as formas como a temática foi sendo delineada nesses espaços nacionais de Controle Social, bem como seu caráter de reivindicação e importância, e as proposições para a área.

O último capítulo, “Políticas Públicas para o Trabalhador da Saúde”, dedica-se à análise do *locus* da construção da agenda de políticas públicas e ações para a valorização do trabalhador, relacionando o impacto da atuação do Controle Social na formação dessa agenda no Poder Legislativo e no Executivo. Para o estudo da formação da agenda deste tema no Legislativo, foi utilizado o banco de dados público *Isegoria*, estruturado por Pogrebinski e Santos (2011), que relaciona as diretrizes das conferências de políticas públicas com os atos legislativos do período, bem como literatura sobre esse recente campo de pesquisa, possibilitando verificar a relação estabelecida até o momento. Para a análise da formação da agenda no Poder Executivo, foram analisados documentos institucionais dos órgãos estatais vinculados ao Ministério da Saúde, que apresentaram uma riqueza de acúmulos e avanços.

Políticas públicas na área de valorização do trabalho e do trabalhador em geral estão na contramão do processo capitalista de acumulação econômica e alienação do trabalho. O trabalho, enquanto condição humana de identidade, realização e socialização, é reduzido à venda e à subsistência, situação histórica e imersa em conflitos. A busca do sentido do trabalho, para a busca de sentido da vida, como bem relaciona Antunes (2005), é uma caminhada permeada por lutas e enfrentamentos históricos e cotidianos.

Este estudo busca delinear alguns dos caminhos já trilhados nessa direção por milhares de sujeitos sociais, apresentando a diversidade de atores políticos envolvidos na construção da agenda pública na área da valorização do trabalhador, considerando a importância dos espaços de Controle Social, de Gestão dos serviços, de Gestão estatal, processos que ainda encontram inúmeros desafios, mas também muitos avanços e conquistas.

2 A CATEGORIA TRABALHO

2.1 Trabalho e precarização do trabalho

O trabalho é categoria de análise privilegiada para compreensão da vida humana e do mundo, que se expressa nos valores, nas relações sociais, culturais, econômicas e políticas. Ação humana, que por vezes foi considerada destituída de valor, esgotada em significado e relevância social, devido às reestruturações produtivas e às profundas mutações tecnológicas, renasce como problemática atual e vital (ANTUNES, 2005).

A concepção de trabalho se expressa também, em vários momentos da trajetória histórica da humanidade, com diferentes percepções que perpassam o significado social do trabalho: na origem do termo, *tripaliare*, de *tripalium*, instrumento de tortura, em contraposição ao ócio, considerado liberação; na contradição cristã, de martírio e ao mesmo tempo de salvação; na exaltação do negócio (negar o ócio), como fonte de riqueza e inserção no mundo da mercadoria, são alguns exemplos (ANTUNES, 2005).

Na história do desenvolvimento capitalista, o trabalho e a força-de-trabalho tornam-se uma mercadoria. Na atual conjuntura, a desigualdade extrema entre os detentores dos meios de produção e os que sobrevivem da venda de sua força-de-trabalho é um problema central. A afirmação de Antunes (2008) acerca da vivência de uma precarização do trabalho sem precedentes na era moderna demonstra que as definições de Marx (1818-1883), para a análise dessa questão, mantêm-se como teoria de referência.

Para Marx, o trabalho é a expressão da vida humana. Percebe que o trabalho é que atribui valor às coisas, e que a essência da propriedade é o trabalho. Porém, Marx vai além. O trabalho qualifica de humano o ser que o desenvolve e o insere no mundo das relações sociais. No processo de trabalho, o homem transforma a natureza e a si mesmo, concretizando, em formas úteis, o que figurou antes em sua mente, atribuindo assim um significado ao seu trabalho, a sua identidade e a sua sociabilidade no mundo.

A relação, também expressa por Cattani (1999), entre identidade e trabalho auxilia a compreensão da importância e da centralidade do trabalho na construção do homem. Afirma que a importância e a exaltação do trabalho na sociedade ocidental atribuem destaque para o papel de trabalhador. Agregam-se, ainda, qualificações substantivas a esse papel, como no pensamento cristão, que considera o trabalho como ato moral digno de honra e respeito, ou como atributos exigidos pelo mundo do trabalho como ser “ativo, forte, honesto”, que também se tornam definidores e valoradores do “eu”.

O caráter relacional entre identidade e trabalho pressupõe a construção da identidade pessoal ao mesmo tempo que a social. Desta forma, os valores do grupo, do contexto das relações sociais e dos espaços de trabalho estão implicados na constituição do homem, valorizando ou desvalorizando-o de acordo com o maior ou menor prestígio do espaço ou categoria profissional. Da mesma forma, a ausência da atividade laborativa, por desemprego ou aposentadoria, geram tensão e sofrimento.

A organização social do trabalho, a qualificação de valor de troca instituída e as relações precarizadas voltam à discussão, deslocando o trabalho de ação de realização humana para necessidade de subsistência. A crítica desenvolvida por Marx direciona-se não ao trabalho, mas, sim, à venda da força de trabalho e à apropriação privada exploratória de outrem da produção desse trabalho, percebida em sua época e molde ainda atual da organização econômica capitalista.

Mas a força de trabalho em ação, o trabalho, é a própria atividade vital do operário, a manifestação mesma da sua vida. E é essa *atividade vital* que ele vende a um terceiro a fim de se assegurar dos *meios de vida* necessários. A sua atividade vital é para ele, portanto, apenas um meio de existência. Trabalha para viver. Ele sequer considera o trabalho como parte de sua vida, é antes um sacrifício da sua vida. (MARX, 1987: 25, grifos do autor)

O que difere um escravo e um servo de um assalariado é que o escravo é ele mesmo uma mercadoria; e o servo vende apenas uma parte da sua força de trabalho, pertence à terra e produz frutos para o dono da terra. Já o assalariado não pertence a um proprietário e nem à terra, mas as horas de sua força de trabalho pertencem a quem as compra. E não pode deixar de vendê-la por risco de não conseguir sobreviver, pois não é dono dos meios de produção.

Evidentemente, as características dos trabalhadores de hoje diferem das do século XIX. Observa-se uma redução do proletariado industrial fabril, tradicional, manual. Com a reestruturação produtiva do capital, essas configurações dão lugar a formas mais desregulamentadas de trabalho, reduzindo o número de trabalhadores estáveis que se estruturavam por meio de empregos formais. São configurações atuais do trabalho, segundo Antunes e Alves (2004), a desterritorialização, possibilitada pelo uso de tecnologias em rede; a terceirização e a flexibilização; o maior contingente de mulheres, porém de forma mais precária; a exclusão de jovens e idosos, ou seja, uma seleção cada vez mais perversa do que é útil ao mercado.

A nova morfologia do trabalho, porém, longe de reforçar a tese de seu fim, mantém o produto/mercadoria como resultado inalienável da interação entre trabalho vivo e trabalho morto, ou seja, trabalho humano e maquinário científico-tecnológico (ANTUNES, 2005). Essa nova organização do trabalho também considera o conceito de trabalho imaterial e de trabalhadores “improdutivos”, definidos por Antunes e Alves como “(...) trabalhos [que] não criam diretamente mais-valia, uma vez que são utilizados como serviço, seja para uso público, como os serviços públicos, seja para uso capitalista” (2004:342), necessários para o sistema capitalista e expostos a situações semelhantes aos demais trabalhadores considerados produtivos.

Ou seja, para compreender o trabalho nessa nova perspectiva, que abranja as diferentes organizações e vínculos, e incluir o trabalho na área da saúde pública como setor de serviços, é preciso partir de uma concepção ampliada. Utilizando a definição dos autores, o contingente que vende sua força-de-trabalho compreende a totalidade dos assalariados, formais e informais, terceirizados, rurais, homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho – *a classe-que-vive-do-trabalho*.

A relação entre trabalho e emprego, e conseqüentemente a precarização das condições e a competitividade extremada, mostra o trabalho muito afastado dos conceitos de construção humana. Torna-se uma forma penosa de subsistir, dificilmente exercido e não dialogando com a possibilidade de construção, crescimento ou qualidade de vida.

Na saúde pública brasileira, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), os desafios entre a produção qualificada da saúde, a garantia da sobrevivência, a concretização do Sistema e, ao mesmo tempo, a realização dos seus trabalhadores demonstram a complexidade da questão. Como desdobramentos desses desafios, podemos mencionar: a busca pela diminuição da alienação do trabalho e de sua burocratização, o aumento da capacidade de reflexão e autoestima/motivação desses trabalhadores, bem como a articulação entre autonomia e responsabilidade profissional (CAMPOS, 1998).

Campos (1998) traz a concepção de “Obra”, que remete à criação singular, a relação entre identidade e trabalho, de produzir e produzir-se no processo, conforme a abordagem marxiana e aplicada à área da saúde. Diz respeito ao reconhecimento do resultado do trabalho, do investimento afetivo e criativo no objeto, bem como o seu valor e seu produto socialmente necessário. Essa mescla é um movimento de busca constante da resignificação do trabalho.

2.2 Trabalho em saúde: suas especificidades

O trabalhador da saúde assemelha-se ao demais pertencentes à classe-que-vive-do-trabalho. O medo do desemprego estrutural, a busca incessante de especializações, jornadas extenuantes, doenças e lesões vinculadas aos esforços no mundo do trabalho fazem parte do cotidiano dos trabalhadores da saúde, no Brasil e no mundo. Sua especificidade traz ainda maiores cuidados ao analisar a questão, uma vez que se caracteriza por um trabalho direto com pessoas em situações de sofrimento, limites da vida, luto e violências. A análise das principais causas de adoecimento e afastamento do trabalho demonstra uma diferenciação do trabalho em saúde, destacando-se as doenças osteomusculares e de saúde mental (ROLLO, 2009).

A relevância do setor saúde pública, além do atendimento às demandas sociais, traz a grande capacidade geradora de empregos. Conforme Garcia (2010), o Sistema Único de Saúde (SUS), além do investimento em tecnologia, tem 52,2% de seus gastos contabilizados em pagamento de pessoal, sendo 1,5 milhões de empregados públicos na área, e 1,1 milhões privados, participando do SUS

complementarmente. Além do grande contingente de trabalhadores, o desenvolvimento e a qualificação dos serviços de saúde passam, necessariamente, pela qualificação do pessoal e dos processos de gestão do trabalho em saúde (GARCIA, 2010).

O gerenciamento do trabalho clássico, baseado nas teorias e práticas tayloristas e fordistas, apresenta esgotamento na organização da economia em contexto mundial. Novas demandas surgem e não são atendidas pela organização do trabalho em escala de produção em massa. A abordagem do “novo gerencialismo público” traz a busca da eficiência e da credibilidade dos serviços públicos. Porém, as ações dessa nova reestruturação são embasadas no neoliberalismo, organizando-se pela desregulamentação do trabalho e da proteção, flexibilização, demissões arbitrárias, formas de contratação precárias e temporárias e privatização de serviços públicos (idem).

Dessa forma, os problemas dos recursos humanos em saúde no Brasil e na América Latina, que já se evidenciavam nas décadas de 70 e 80, tanto em contingente como em gerenciamento, mantém-se ou se tornam piores, como: excesso de médicos e escassez de outros profissionais; dupla ou tripla jornada de médicos; serviços centrados em hospitais; contratações baseadas no clientelismo e nepotismo; não compromisso dos profissionais com o atendimento e a falta de regulamentações. Nesse sentido, com a busca de corte de gastos e maior eficiência da máquina pública a partir de 1990, as áreas sociais sentiram o impacto, e a saúde é o alvo constante de reformulações, pela magnitude apresentada.

A constatação da relevância de um repensar da organização do trabalho em saúde fica evidente também em relação às condições de trabalho na saúde pública brasileira, segundo pesquisa realizada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) em 2004 (BRASIL, 2007), que analisou as estruturas de recursos humanos na saúde em secretarias de municípios com mais de 100 mil habitantes, evidenciou problemas como: necessidade de contratação de pessoal especializado na área de gestão do trabalho; existência de contratos temporários e precários; insatisfação geral dos trabalhadores com as carreiras existentes ou ausência de Planos de Carreiras adequados às realidades; baixa remuneração; dificuldade de

acesso às áreas de trabalho. Esses problemas estão em primeiro lugar em frequência e são apontados como pertencentes à área de gestão do trabalho.

Os problemas apresentados no campo de qualificação profissional e educação permanente podem ser expressos como: recursos insuficientes para programa de desenvolvimento de pessoal, ou inexistência de programas de educação continuada; falta de qualificação dos profissionais; inexistência de Escolas de Saúde Pública, entre outros. Demais insatisfações estão definidas como falta de recursos financeiros; estrutura física precária; ausência de um sistema de informação adequado; ausência de planejamento; ações fragmentadas, entre outros.

A organização do trabalho em saúde está em evidência também na agenda mundial. Conforme Garcia (2010), a Organização Mundial da Saúde elegeu o período de 2006 a 2015 como a década dos Recursos Humanos (RH) em Saúde, com orientações acerca da valorização e do planejamento das ações de gestão em RH. Nas palavras da autora:

(...) existe hoje um reconhecimento de que os recursos humanos possuem um potencial estratégico para a sustentabilidade da política de saúde e para a efetividade dos sistemas de saúde. Essa importância pode ser observada principalmente nos últimos anos, uma vez que vem sendo sempre reafirmada sua incorporação na agenda política nacional, regional e global. Para o enfrentamento dos complexos desafios da conjuntura atual, emergem como importantes áreas de desenvolvimento teórico e prático a administração e a gestão de pessoas nos serviços de saúde. Nesse sentido, vem mostrando-se também fundamental o papel dos órgãos gestores de RH para o desenvolvimento desses sistemas (GARCIA, 2010:32).

Percebe-se que a temática destaca-se no contexto mundial. Nesse processo, entende-se que envolve, também, a discussão da retomada do sentido do trabalho na formação de cada indivíduo e da relevância que o trabalho tem na configuração da sociedade.

Em uma complementar forma de análise, o trabalho em saúde pode ser compreendido também em termos de tecnologias. Como expõe Franco et all. (1999), o trabalho em saúde pressupõe o uso de ferramentas-máquinas para as intervenções, instrumentos para exames, bem como saberes e técnicas de áreas do conhecimento bem estruturadas, como a medicina, a odontologia, a enfermagem, entre outras tantas áreas profissionais da saúde. O autor atribui a essas tecnologias o adjetivo *duras*.

Além destas tecnologias, presentes no trabalho, o autor chama a atenção para um processo de tecnologias *leveduras*, que envolve pensar e analisar os casos e as possibilidades de atuação a partir dos conhecimentos, mas também são *duras* por estarem estruturados, protocolados, normalizados. No extremo desta classificação expressa pelo autor, estão as tecnologias produzidas em um processo relacional, entre usuário e trabalhador, entre necessidades e intervenções tecnologicamente orientadas. Esse momento é chamado de encontro, de espaço intercessor, no qual se evidencia a ação profissional individual, a autonomia e a criação, dimensão considerada como da tecnologia das relações ou tecnologias leves.

Isto é, em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999: 346)

A finalidade do trabalho em saúde é inquestionavelmente a de promover, proteger e curar a saúde individual e coletiva, ou seja, produzir cuidado. Mas a forma de se produzir e de organizar o trabalho está envolto em um processo tenso, segundo Merhy (1999), composto pelo trabalho vivo em ato, que é relacional, no qual existe alto grau de incerteza, em que se atua com diferentes saberes e se produzem atos de saúde (que podem ser simplesmente centrados em procedimento e não nas necessidades de saúde dos usuários), e que esses aspectos expressam as características da micropolítica do trabalho em saúde.

A forma de organização do trabalho tem grande impacto sobre essa tensão. Se privilegiada a divisão, fragmentação, especialização e hierarquização, há consequências nocivas para o trabalhador (AYALA E OLIVEIRA, 2007). Auxiliado por um emaranhado de normas, procedimentos burocráticos alheios de significado dificultam o exercício de protagonismo. Sobrevalorizar o cumprimento de procedimentos e resultados quantitativos gera a perda da capacidade de criar novas tecnologias de intervenção, acompanhado pelo desgaste emocional e físico, neutralizando a capacidade do trabalhador de protagonizar o seu modo de produzir

as práticas de saúde, da construção do fazer na permanente intersecção do trabalhador e do usuário.

Essa micropolítica do trabalho vivo, das relações e das intersubjetividades, dos diferentes interesses em jogo, das regras e controles institucionais que cercam os processos de trabalho em saúde o definem como complexo e tenso, mas também, como espaço da possibilidade de criação e de autonomia. Autonomia, conforme utilizada por Rollo (2009), “deve ser entendida como maior capacidade de compreender e de agir sobre si mesmo e sobre o contexto, com protagonismo, com maior capacidade reflexiva e de estabelecer compromissos e contratos com os outros” (2009:41), dentro de uma organização/instituição, ou seja, possibilidade de agir e construir novas práticas dentro de um determinado contexto.

Compreender a intervenção como obra, momento de autonomia e criação é perceber a possibilidade de pensar o processo de trabalho, as suas implicações, a organização do trabalho, mas também a sua negação, alienação. Mesmo com o avanço da tecnologia e da ciência, é o trabalho humano que define os sentidos e a finalidade da ação, sendo, desta forma, indispensável e inseparável de qualquer processo. A valorização do trabalho e do trabalhador da saúde remete às discussões mais essenciais acerca dos sentidos do trabalho. A intencionalidade de transformar algo, de empreender energia para moldar a natureza de acordo com as necessidades é uma capacidade humana, ou seja, a qualificação de humano ao ser social é realizada através do trabalho, “é uma relação social, histórica e intersubjetiva. Trabalhamos para os outros, em saúde, para os pacientes e usuários, mas também trabalhamos sempre para nós mesmos” (CAMPOS, 2009: 14), na produção de si mesmo, da identidade e da cultura.

2.3 A valorização do trabalho e do trabalhador da saúde

Conforme definição de Santos-Filho (2009), valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde pode ser compreendida como estratégias e dispositivos para ampliar a condição de direitos e de cidadania, pressupondo reorganização dos processos e das relações de trabalho, tendo como principais aspectos e dispositivos: a implementação de instâncias colegiadas de gestão; a horizontalização e democratização dos processos decisórios, exercitando e valorizando a participação

dos atores; o trabalho em equipe; a autonomia e o exercício de contratos. Em suas palavras complementa:

(...) valorizar é avançar na perspectiva de entender os trabalhadores como sujeitos de seu saber, seu fazer, seu trabalho, com uma inserção e atuação que levem à ampliação da sua capacidade de análise e de proposição no âmbito coletivo, constituindo-se como equipes (perspectiva da grupalidade, integração), exercitando a quebra de conhecimentos disciplinares estanques e avançando na atuação transdisciplinar. (SANTOS-FILHO, 2009:149)

A valorização do trabalho e do trabalhador é a busca do sentido do trabalho como constituinte do humano, em contraposição ao alçó em que ele foi transformado na sociedade capitalista. Conforme Antunes (2005), “uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho” (ANTUNES 2005:65). Significa retomar a importância da construção da identidade inerente ao ser humano. Nesse processo está a ideia, o planejamento, a decisão, a autonomia e o reconhecimento dos resultados de suas ações enquanto sua Obra. Significa lutar contra “a alienação do trabalhador de saúde em relação ao seu objeto de trabalho, aos instrumentos e resultados de seu próprio trabalho, e que, entre outras soluções possíveis, procura envolvê-los com o planejamento e gerência dos serviços de saúde” (CAMPOS, 1994:105).

Historicamente, a área responsável pela gestão de pessoas e do trabalho, tanto em empresas privadas como nos equipamentos públicos, era conhecida como “recursos humanos”. Conforme os autores Pierantoni, Varella e França (2004):

(...) as abordagens conceituais do termo **recursos humanos** sofrem uma evolução, sendo (re)significado a partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração, estando subordinado à ótica de quem exerce alguma função de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade das pessoas, assim como de recursos materiais e financeiros com vistas a uma utilização mais racional e eficiente). Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho – emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento e configura-se na gestão do trabalho – e da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como “ser social” e a sociedade (2004: 52, grifos dos autores).

Gradativamente, a expressão “recursos humanos” foi sendo modificada, não se referindo mais à sua conceituação clássica, abrangendo outros fatores, conforme demonstram os autores. Na área da saúde pública brasileira, atualmente, o termo

mais utilizado é Gestão do Trabalho. Essa reconfiguração do termo busca delimitar intencionalmente o caráter mais atual dos conceitos que estão implicados.

A partir do novo contexto do governo Lula, em 2003, é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde, que institucionaliza política específica e define a Gestão do Trabalho como:

Política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012: 23).

Essa política é central para a compreensão da valorização do trabalhador da saúde, visto que traz um novo olhar sobre o trabalho e o trabalhador. Conforme a SGTES, “o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas” (idem), sendo o trabalho visto como um processo de troca de saberes, autonomia e corresponsabilização. Dentre os programas que compõem essa política, considera-se a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e de seu trabalho, como:

Plano de carreira, cargos e salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, entre outros. (BRASIL, 2012:23)

Conforme exposto, a Política de Gestão do Trabalho, operacionalizada em âmbito nacional pela SGTES, pressupõe uma complexidade de ações, em consonância aos princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica para os Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) – Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), bem como às lutas históricas dos trabalhadores da saúde, expostos nas recomendações das Conferências Nacionais de Saúde e as específicas de Recursos Humanos/Gestão do Trabalho na Saúde, aspectos que serão aprofundados em capítulo específico.

Para compreensão da complexidade do tema, Santos-Filho (2009) apresenta um modelo de dimensões e referenciais que traduzem a concepção de valorização e auxilia o estudo da formulação de políticas ou de intervenções que tenham a

valorização dos trabalhadores como escopo. A partir desse modelo, foram organizados e adaptados sete eixos de atuação, dispositivos e ferramentas de valorização do trabalho, que confluem para o estabelecimento de parâmetros de análise. Os eixos estão sintetizados a seguir:

Quadro 01 – Eixos da categoria Valorização do Trabalhador

| Eixo | Ações e dispositivos associados |
|---|---|
| Gestão Participativa | Horizontalização da estrutura de poder nas equipes de trabalho e instituição; colegiados de gestão representativos da diversidade da equipe; controle social; capacidade de construção coletiva e participativa dos processos de trabalho, com monitoramento e avaliação de resultados; co-responsabilização; sistema de avaliação do trabalhador, baseado em metas acordadas e em planos de trabalho; Mesa de Negociação Permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores. |
| Trabalho em equipe multiprofissional | Valorização de todas as profissões atuantes no cuidado; relações horizontalizadas; capacidade de atuar em equipe/integrados; compartilhamento da elaboração e condução dos projetos terapêuticos; discussões de caso; reuniões de equipe; projetos terapêuticos e orientações comuns, implantação de protocolos de trabalho e abordagem. |
| Planejamento e avaliação do trabalho | Estabelecimento coletivo de planos e metas de processo e resultado vinculados ao trabalho, visando à qualificação e otimização permanente do trabalho; monitoramento e avaliação sistemáticos. |
| Escuta do trabalhador | Ouvidoria institucional ou serviço específico para escuta; gerência portas abertas; avaliação sistemática da satisfação no trabalho; ações de melhoria e de mediação de conflitos. |
| Educação Permanente | Incentivo à qualificação no trabalho, à participação em eventos; programas de complementação de escolaridade; programas de liberação de carga horária para cursos; levantamentos sobre as necessidades de capacitação dos trabalhadores; Plano de Educação permanente; mecanismos de divulgação de cursos internos e externos; acesso a bibliotecas e materiais científicos atualizados; incentivo à pesquisa e à orientação de trabalhos; ensino em serviço e programa de estágios. |
| Inserção e vínculo ao trabalho | Formas de contratação não precarizadas; plano de carreira, cargos e salários; organização da movimentação de pessoal conforme necessidades do trabalhador, área de capacitação e demandas dos locais de lotação; compromisso com o trabalho e com os usuários. |

Saúde do Trabalhador

Assistência; análises sistemáticas de condições de trabalho e plano de intervenções; adequação de área física e ambiente de trabalho, incluindo projetos de acessibilidade e mobilidade; fornecimento e monitoramento de Equipamentos de Proteção Individual e Coletiva; planos de prevenção de adoecimento no trabalho; monitoramento dos índices de absenteísmo, acidentes de trabalho e afastamentos; planejamento para enfrentamento dos índices; realizar programa de formação, incluindo atualização das normas regulamentadoras de segurança do trabalho.

Fonte: Elaboração própria, dados brutos Santos-Filho (2009).

Os eixos e seus dispositivos/ações contemplam o resgate da centralidade do trabalhador na medida em que valorizam os diferentes saberes, a construção de conhecimento coletivo sobre o processo do cuidado, o trabalho em equipe, o sentido de pertencimento a uma equipe e a um processo encadeado na ampla rede de cuidados da saúde; o compartilhamento de poder, de decisões e de responsabilidades; a possibilidade de educação permanente nos ambientes de trabalho e o acesso a atividades para formação e qualificação; os processos de avaliação e autoavaliação permanentes; a valorização da carreira; as condições de contratação de pessoal, que ofereçam estabilidade e segurança e de ambiente de trabalho adequado.

A área de segurança e saúde do trabalhador pode ser incluída como valorização, uma vez que sua finalidade contemporânea é a qualidade de vida no trabalho, superando a antiga meta de apenas manter a força de trabalho em atividade para o lucro. É relevante ressaltar que o posicionamento gerencial, se não fundamentado em bases de valorização, pode acelerar ou agravar um desgaste do quadro de trabalhadores, podendo resultar em não compromisso e no adoecimento no trabalho.

Porém, compreende-se que a luta por segurança e saúde do trabalhador localiza-se originária na questão de proteção, eixo de estudo que complementa o de valorização, mas será tratado como distinto. A ruptura institucional do regime militar, na década de 70, que ampliou o escopo dos benefícios das políticas sociais incluindo outras categorias profissionais no sistema de proteção, gerou um resultado contraditório nos movimentos sociais dos trabalhadores: de organizações por processos/setores industriais para uma pulverização dos movimentos por categorias, tornando-se a luta por benefícios centrada nas corporações (COSTA, 1996).

A organização dos trabalhadores em sindicatos, associações corporativistas e movimentos em prol de melhores condições e saúde no trabalho não priorizaram em suas agendas o apoio a uma política de proteção à saúde geral, pautada nos princípios do SUS, e sim em interesses segmentadores conforme as diferentes corporações profissionais. O momento de institucionalização dos movimentos sociais como entes participativos da Reforma Sanitária, em plena década de 80, complementa o paradoxo, quando a defesa era pela formulação de políticas públicas de saúde, e não raro defendiam publicamente esta tese, entretanto, nas mesas de negociação permanecia a agenda corporativista (COSTA, 1996).

O eixo de segurança e saúde do trabalhador não será objeto deste estudo por compreendê-lo mais específico como política de proteção, e ainda, não se pretende adentrar discussões corporativistas/sindicais presentes na área, que mantém ainda uma visão segmentadora. O conceito de valorização do trabalho e do trabalhador que embasa este estudo fundamenta-se em ações coletivas, considerando todos os profissionais envolvidos no cuidado, de forma horizontal, não colaborando com estratégias fragmentadoras, hierarquizantes e de domínios de corporações em detrimento de outras. Contrapõe-se, portanto, com práticas individualistas para voltar-se ao trabalho em equipes, ao diálogo e à construção conjunta de soluções e projetos, o que sintetiza a opção por políticas que são abrangentes a todos os profissionais da saúde.

Ressalta-se e reconhece-se que, de uma forma ampliada, todas as ações presentes nas definições dos demais eixos impactam direta ou indiretamente na saúde do trabalhador, ou seja, esta é temática transversal quando se aborda a humanização e a valorização do trabalhador, como bem afirma Campos: "(...) a gestão participativa é uma medida preventiva fundamental para a saúde do trabalhador" (2009:15).

A valorização do trabalhador da saúde, conforme exposto a partir dos eixos, dialoga com as reivindicações históricas para efetivação do SUS, envolvendo a luta contra a precarização constante do trabalho e em favor do protagonismo dos trabalhadores da saúde. Percebe-se que esse movimento não se direciona à essência do processo de venda da força-de-trabalho, luta que demandaria uma transformação radical da organização econômica e social capitalista, entretanto, em

que pese esta análise, configura-se como importante luta por melhorias concretas da qualidade de vida no e do trabalho, de forma a gerar impacto direto no cotidiano do trabalhador.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE NO BRASIL

O termo “política” pode ser utilizado em diversos sentidos. Identificam-se ao menos três grandes dimensões do seu uso, a primeira como a esfera da política (*polity*), diferenciando-se de outras esferas da vida social, a segunda como a atividade política (*politics*) e a terceira como a orientação para decisão e ação (*policy*), ou seja, ação pública intencional. Essa terceira dimensão refere-se ao sentido empregado para definir e compreender as políticas públicas (MULLER & SUREL, 2004; SECCHI, 2010).

Na história, o enfoque em políticas públicas se desenvolveu no contexto do “novo liberalismo” formulado por Dewey e Keynes no período do *New Deal* de Roosevelt, com a crença de que o Estado era a entidade de administração do público e de seus problemas. Porém, com adaptações após as crises econômicas e no pós Segunda Guerra Mundial, na determinação da agenda estava a necessidade de restrição de gastos e da adoção de orçamentos equilibrados, modificando-se o papel do Estado para além de provedor, para também mediador entre o público e o privado, em um mercado em crise (PARSONS, 2007; SOUZA, 2006).

Segundo estudo de Celina Souza (2006), enquanto área de conhecimento, a disciplina acadêmica da Ciência Política com o enfoque em Políticas Públicas nasce nos Estados Unidos, sem estabelecer bases teóricas sobre o papel do Estado, e sim sobre a ação dos governos. Na Europa, a área de estudo surge como desdobramento de teorias explicativas do papel do Estado e do governo, como produtores, por excelência, de políticas públicas.

Conforme Souza (2006), é possível definir quatro autores fundadores do estudo em políticas públicas: H. Laswell (1936), que introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública), conciliando conhecimento científico e acadêmico; H. Simon (1957), que introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*), argumentando, todavia, que a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional, maximizando-o pela criação de estruturas/regras que enquadrassem o comportamento na direção de resultados desejados; C. Lindblom (1959), que questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon e propôs a incorporação de outras variáveis à

formulação e à análise de políticas públicas, tais como as relações de poder, o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesse e D. Easton (1965), que contribuiu na definição da política pública como um sistema, relação entre formulação, resultados e ambiente, contando com grupos de interesses, partidos e mídia para influenciar os efeitos.

As formas de definição e compreensão dos processos em políticas públicas podem variar conforme os autores e suas distintas vertentes teóricas, havendo uma vasta literatura, na qual o conceito, os enfoques, os critérios para agrupamento e análise do tema são diversos, assim como a discussão entre os campos do privado e do público, percebendo-se o desenvolvimento da base teórica como um construto do pesquisador. Para maior aprofundamento do estado da arte da temática, os trabalhos como o de Celina Souza (2006), Wayne Parsons (2007) e Secchi (2010) auxiliam a revisão das abordagens.

A definição do termo políticas públicas é o início de uma caminhada que permite adentrar na análise dos diferentes atores e interesses envolvidos, das formas de identificação da demanda ou problema, das suas etapas de operacionalização, da racionalidade ou irracionalidade envolvidas, entre outros aspectos. A relevância da temática na atualidade demonstra ao menos uma congruência, de que a análise das políticas públicas permite complementar e ir além da análise do Estado enquanto ente, funções e aparatos legais e burocráticos, para verificar como atua, decide, interfere e impacta os problemas concretos que identifica ou lhe são demandados.

Conforme Duebel (2003), o estudo das políticas públicas adotadas em um governo permite compreender a relação entre sociedade civil e Estado. O autor define Estado e suas instituições como organizações através das quais os agentes públicos (a partir de representações ou quadro administrativo) perseguem metas que não são exclusivamente respostas a demandas sociais, e ainda, configuram organizações e ações que estruturam e influenciam diversos processos. Ou seja, é por meio da análise de suas ações, da capacidade concreta e dos mecanismos de regulação reais que podemos apreender as “regras do jogo”. As políticas públicas, portanto, como normativas e programas de ações, representam a realização

concreta de decisões. Como definição mais detalhada de política pública, o autor expõe:

(...) um conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por médios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental com la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percebida como insatisfactoria o problemática (DUEBEL, 2003:27).

Essa definição de política pública pode ser vinculada a uma visão estatista, ou seja, o Estado como agente central e único a estabelecer políticas públicas. É uma percepção atual, uma vez que a elaboração de políticas públicas é uma das razões fundamentais da existência do Estado moderno, e, ainda, este detém o monopólio do uso da força legítima, o que lhe dá superioridade em relação a outros atores, bem como controla grande parte dos recursos que são necessários para implementá-las. Essa abordagem considera a natureza jurídica dos atores envolvidos, ou seja, se são ou não estatais, para avaliar se a ação pode ser classificada como política pública.

Há uma segunda abordagem chamada multicêntrica, que compreende avaliar a política como pública de acordo com seu escopo, ou seja, para que e a quem se destina a ação. Nesta visão, todos os atores, em conjunto com o Estado, que aplicam políticas para resolução de problemas podem ser classificados como protagonistas, ou seja, realizam política pública. É possível perceber, ainda assim, que dentre o universo minimamente identificável das políticas públicas, a grande parte é oriunda dos agentes governamentais, entretanto, a abordagem multicêntrica inclui outros atores no processo, possibilitando uma visão mais plural da arena política. Dessa forma, para este estudo, as políticas qualificadas de “públicas” estão vinculadas à identificação de problemas coletivamente relevantes, ou seja, destinam-se a um grupo ou a grupos de pessoas (*policytakers*) que serão impactadas pelas ações públicas intencionais (SECCHI, 2010).

O contexto da retomada do debate acerca das políticas públicas no Brasil dialoga com o chamado “novo gerencialismo público”, que em conjunto com políticas restritivas de gasto, a busca da eficiência e da credibilidade das políticas públicas tornaram-se também objetivos a serem alcançados. No contexto brasileiro e da América Latina, é a partir da década de 90 que essa reestruturação política e organizacional é mais visível, após a crise econômica de 1980 e a partir dos

investimentos dos agentes internacionais, como o Banco Mundial, no setor da saúde nesses países. Apesar de ações que visavam à desregulamentação e à privatização de serviços públicos para atingir a eficiência, é na busca da credibilidade que é possível verificar a inclusão de novos atores na arena decisória, de forma institucionalizada (SOUZA, 2006; GARCIA, 2010).

A credibilidade baseia-se na existência de regras claras em contraposição à discricionariedade dos decisores públicos e burocratas, que poderia levar à inconsistência e a um alto custo de negociação. Dessa forma, a inclusão de instituições “independentes” no jogo, tornando-as de caráter participativo, reduziria o risco das incertezas dos ciclos eleitorais, bem como traria a experiência técnica às decisões. Essas ações, impulsionadas por compromissos multilaterais, partidos políticos ou pela própria Constituição, foram também implementadas no Brasil, inserindo grupos sociais/interesses na formulação e no acompanhamento das políticas públicas, como conselhos comunitários e Orçamento Participativo. Ainda assim, ressalta-se que muitas decisões são tomadas pelos governos, mesmo com a delegação de parte da responsabilidade (SOUZA, 2006).

No campo da saúde, além dos atores governamentais (Legislativo, Executivo e Judiciário) e não-governamentais (ONGs, associações corporativas, sindicatos e movimentos sociais em geral) há a configuração de espaços de controle social consolidados. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde são espaços legalmente definidos como Controle Social, e que trazem para a arena política atores como trabalhadores, associações de profissionais e do terceiro setor e usuários de serviços de saúde.

Esses órgãos colegiados, respaldados legalmente, oriundos e concretizados a partir de uma política pública de saúde – que tem como uma de suas diretrizes a participação da comunidade, trazem como finalidades o subsídio e o controle das políticas de saúde vigentes e de seus projetos de ações. Dessa forma, tanto em suas funções como em suas composições, não é possível vinculá-los diretamente como estatais, mas podem ser incluídos como relevantes agentes produtores de políticas públicas conforme a definição do escopo de suas ações.

No estudo das políticas públicas de valorização do trabalhador, tendo como público alvo (*policytakers*) os trabalhadores da saúde, empregados e servidores

públicos dos serviços de saúde, é possível identificar que a abordagem multicêntrica é a mais adequada para compreender os diferentes agentes envolvidos nas arenas políticas de decisão e formulação das ações governamentais na área, pois o foco encontra-se no conteúdo e abrangência da política, podendo envolver diversos atores.

Os autores Muller & Surel (2004) complementam a compreensão da atuação de diferentes agentes no processo político, definindo de forma mais ampliada o espaço de construção das políticas públicas. Para além de um conjunto de ações e estratégias organizacionais, a política pública é “fazer política”, ou seja, corresponde a uma combinação de regulação política e legitimação na sociedade, sendo um elemento de participação política que interage com as tradicionais, como o voto e a militância. Essa percepção abrangente permite “vincular as políticas, no sentido de *policies*, às dinâmicas e aos atores que caracterizam a política (*politics*) e aos processos e às interações que concorrem para a formação e a evolução da *polity*” (MULLER & SUREL, 2004: 32).

A percepção da importância das políticas públicas, como espaço de participação e de uma dinâmica configuração da arena política em torno da essência das políticas públicas em jogo, serve de auxílio à compreensão dos diferentes arranjos e momentos do processo, como por exemplo, ao se colocar um tema na agenda, tenha-se uma configuração de disputas e coalizões, que podem ser distintas ao se discutir as soluções e formulação de ações para a resolução/impacto sobre o problema identificado.

Considerando a definição utilizada para políticas públicas e a abordagem multicêntrica, Secchi (2010) apresenta tipologias que enfocam o conteúdo/impacto das políticas. O autor Theodore J. Lowi (1972) se destacou ao inverter a relação causal tradicional, como nas teorias de David Easton e seguidores, de que as políticas públicas seriam produto do processo político para afirmar que as políticas públicas determinam esse processo. Ou seja, o conteúdo de uma política pública pode reorganizar coalizões, alterar equilíbrios de poder, reestruturar conflitos e induzir comportamentos e resultados na arena política (SECCHI, 2010).

O autor elaborou um esquema de classificação muito conhecido, tendo vários seguidores, como Wilson (1983), que a complementa. Importante perceber que

mesmo parecendo antagônicas, a perspectiva tradicional e a de Lowi não são mutuamente excludentes, ou seja, a política (*politics*) pode determinar as políticas públicas (*public policies*), mas também o contrário, conforme seria possível exemplificar sem grandes esforços.

Lowi classifica didaticamente em quatro tipos as políticas públicas, conforme o impacto esperado na sociedade, conforme segue (Romano, 2009; SECCHI, 2010):

- a) regulatórias: estabelecem padrões de comportamento, de serviço ou de produto para atores públicos e privados. Desenvolvem-se predominantemente em dinâmicas pluralistas, conforme as forças dos atores envolvidos. No caso das políticas de valorização do trabalhador, estabelece obrigações e normas para os empregadores seguirem, como instituição de planos de carreira e formas de contratação;
- b) distributivas: geram benefícios concentrados para alguns grupos de atores e custos difusos para a coletividade/contribuintes. São políticas nas quais predominam a alocação de novos recursos, que tenderiam a gerar espaços de barganhas, estruturas clientelistas ou de patronagem, em geral efêmeras no tempo;
- c) redistributivas: concedem benefícios concentrados a algumas categorias de atores e implicam custos concentrados sobre outras, mudando a distribuição dos recursos pré-existentes, resultando em maior conflito e exigindo alianças mais estáveis. Recebem este rótulo não pelo resultado da redistribuição, mas sim pela expectativa de contraposição de interesses antagônicos. No caso em estudo, as políticas que versam sobre a valorização do trabalhador são abrangentes a todas as categorias envolvidas no trabalho em saúde, por vezes gerando conflitos corporativos em busca de maior destaque entre os profissionais, e ainda, algumas situações de tensões podem ser evidenciadas entre empregador e empregados na concessão de benefícios;
- d) constitutivas ou institucionais: envolvem regras sobre poderes e normativas, influenciando a dinâmica das relações políticas. Estão relacionadas ao exercício de direitos dos cidadãos, organização da prática política e governamental, definindo competências, jurisdições e

regras da disputa. São chamadas de *metapolíticas* porque se encontram acima dos outros três tipos, moldando a dinâmica política.

De acordo com essa tipologia, as políticas de valorização do trabalhador da saúde podem ser classificadas em dois tipos: as regulatórias, pois estabelece normas, diretrizes e benefícios a serem implantados pelas empresas, tanto públicas como privadas, bem como redistributivas, atingindo um grande contingente de pessoas, estabelecendo perdas a alguns atores e fixando-se na zona de conflito entre os interesses dos empregados e dos empregadores, bem como na dinâmica quase sempre assimétrica das lutas corporativas.

Como é possível visualizar, as tipologias analíticas têm a vantagem de auxiliar o estudo e identificação teórica, mas apresentam limitações e fronteiras tênues, podendo o pesquisador agregar características. Portanto, a possibilidade do uso dessas classificações não impede que o caso possa abarcar especificidades.

Além dos tipos, o estudo de políticas públicas também pode considerar uma divisão analítica em etapas do processo. A abordagem do ciclo da política pública enfoca preferencialmente como que o tema da política torna-se evidente e é incluído como prioridade de discussão, ou seja, a colocação na agenda (*agenda setting*). O processo geralmente conta com seis a sete etapas (MULLER & SUREL, 2004; SOUZA, 2006; SECCHI, 2010), a saber:

1. **Definição de agenda (*agenda setting*):** leva os atores a identificar e/ou definir o problema a tratar, conforme contexto e condições da gênese da ação pública. Essa etapa pode ser dividida em identificação do problema e formação da agenda. A identificação de problemas públicos pode ser súbita, por uma catástrofe, ou de forma gradual, como a degradação de uma situação. Nessa etapa, os partidos políticos e outros agentes políticos têm grande importância, pois se preocupam em identificar problemas públicos, inclusive como matéria-prima de seu trabalho. Para a formação de agenda pode-se afirmar que envolve o entendimento de que o tema é relevante para intervenção do governo. Temas entram e saem da agenda, influenciados pela atenção que lhe são dispensadas, a notoriedade inflada em determinado tempo, pelos diversos agentes políticos e também pela mídia. É possível identificar três condições para o

tema entrar na agenda, como a atenção dos diferentes atores (cidadãos, grupos de interesses, mídia, etc.); a possibilidade de resolubilidade do problema, ações consideradas necessárias e factíveis; e a competência, quando o problema toca responsabilidades públicas.

2. **Identificação de alternativas (*policy formulation*):** compreende a busca das soluções ou alternativas desejáveis para o problema construído. Essa etapa pode ser desmembrada também em Avaliação das opções identificadas, na qual são avaliados os custos e benefícios de cada alternativa. A construção de alternativas é o momento em que são elaborados programas, estratégias e ações para alcançar os objetivos fixados.
3. **Seleção das opções/Decisão:** etapa de formalização de definição das ações, permeada por uma grande complexidade de fatores envolvidos que influenciam a decisão por qual ação será tomada. A dinâmica para a tomada de decisão tem várias formas de compreensão, conforme as diferentes teorias, por exemplo: a busca de soluções para o problema estudado, conforme os modelos de racionalidade de Simon ou Tinbergen; os tomadores de decisão vão ajustando os problemas às soluções que existem, mas também as soluções aos problemas, sendo um processo simultâneo, conforme o modelo incremental – formulado por Lindblom; e também há as teorias em que o decisor tem as soluções e corre atrás da identificação de problemas compatíveis para aplicá-las, como o modelo dos fluxos múltiplos de Kingdon (1984) e o modelo *garbage can*, de Cohen, March e Olsen (1972).
4. **Implementação (*implementation*):** compreende a execução (ou não) das decisões elaboradas formalmente nas etapas anteriores. A implementação pode se dar de cima para baixo (*top-down*), em uma visão funcionalista e tecnicista de que as políticas são elaboradas pela esfera política e as ações ficam para a administração; ou de baixo para cima (*bottom-up*), na qual os implementadores participam do processo de identificação do problema e análise de soluções, conforme classificações de Sabatier (1986).

5. **Avaliação (*policy evaluation*):** visualização e análise dos efeitos e impactos do programa. Essa etapa leva em conta alguns critérios, como de economicidade, eficiência econômica e administrativa, eficácia e equidade, e conforme a análise, a política pública poderá manter-se, ser adaptada ou reestruturada, ou ser extinta.
6. **Extinção/Conclusão (*program termination*):** essa etapa é um pouco controversa, podendo ter como catalizadores a realização dos objetivos fixados; a evidência de que os problemas são insuperáveis ou quando houve um esvaziamento do problema anteriormente identificado.

O presente estudo dedica-se a analisar a contribuição de alguns atores políticos, compreendidos nos espaços de controle social – Conferências Nacionais de Saúde e Conselho Nacional de Saúde – para o processo de identificação dos problemas na área de valorização do trabalhador e do trabalho em saúde, e conseqüentemente, a definição da agenda. Processo que, segundo Lindblom (1981), permeia a decisão política e compreende alta interação social, com diversos grupos de atores que influenciam, restringem, ou apoiam a formulação de políticas, sobrepondo análises e interesses no jogo político.

Compreende-se, seguramente, que o cotidiano e as transformações sociais sempre evidenciam a dinâmica das soluções e problemas, dessa forma, as políticas públicas fazem parte de um processo de construção social e podem/devem ser adaptadas conforme as mudanças e os novos problemas identificados. Como complemento, Muller & Surel chamam a atenção para não se compreender as políticas públicas em si como a solução e resolução dos problemas, pois um processo de resolução é mais complexo e envolve os próprios atores sociais na implementação de suas estratégias, gestão de seus conflitos e de um processo de aprendizagem da ação pública. Segundo os autores, as políticas públicas possibilitam “construir e transformar os espaços de sentido, no interior dos quais os atores vão se colocar e (re-)definir os ‘seus’ problemas, e ‘testar’ em definitivo as soluções que eles apóiam” (2004:31). Ou seja, uma ação pública precisa ser processada e avaliada, gerida no cotidiano, para a identificação dos problemas ou de novos problemas para ações e alternativas.

3.1 Democracia e o Controle Social

Algumas reflexões acerca da definição e formas de democracia são importantes para a compreensão da construção da política pública de saúde no Brasil.

O conceito de democracia e sua empregabilidade são controversos na história e atualmente, uma vez que é utilizado para definir experiências muito distintas. Além disso, os pressupostos e condições para a consolidação e a manutenção da democracia também são temas de discussão vasta na literatura e nas formas como se estruturam nos diversos países do mundo.

Traçando um caminho entre as principais vertentes de política comparada, podemos iniciar algumas problematizações. Encontram-se três principais correntes que trazem elementos para a consolidação da democracia nos Estados, como: a teoria da modernização, com ênfase no desenvolvimento econômico; a teoria da cultura cívica, com ênfase nos valores e costumes e a teoria institucionalista, com ênfase na legitimação e na organização das instituições democráticas. As ênfases significam que, de forma ampla, cada corrente não descarta totalmente os elementos presentes nas demais, bem como há especificidades entre os autores, mas se diferenciam na identificação da variável independente, ou seja, da base explicativa principal para a democracia.

Os autores da teoria da modernização como Boix, Lipset e Przeworski afirmam, com algumas especificidades, uma linha geral comum na qual o desenvolvimento econômico dos países não é condição necessária para implantação da democracia, porém, seria a condição indispensável para sua manutenção. A compreensão de desenvolvimento econômico é diretamente vinculada à variável Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, ou seja, um país com esse indicador elevado seria considerado rico, entretanto, de forma estendida, é necessário considerar seus efeitos, o que significa a presença de maiores índices de escolaridade, menores índices de mortalidade infantil, maior expectativa de vida, menor desemprego, ou seja, melhor qualidade de vida e de exercício da cidadania, o que acarretaria apoio à manutenção das estruturas e instituições democráticas.

A explicação da riqueza diretamente vinculada à democracia demonstra-se mais voltada à manutenção do que aos argumentos para o seu surgimento. Ainda

assim, não é suficiente, por exemplo, para explicar o caso desviante da Índia (LIJPHART, 1996) que une alto grau de pobreza e mantém-se democrática, ou os casos de autoritarismo e totalitarismo em países ricos do Oriente Médio. Compreende-se, dessa forma, como necessária a associação de outras variáveis para a análise.

Na corrente teórica chamada de culturalista ou cultura cívica, podemos citar os autores Almond e Inglehart. Estes afirmam a necessidade de alguns valores básicos nas relações sociais e nos aspectos da cultura existente em cada sociedade como necessários para a manutenção da democracia. O sistema de relações na organização política estaria permeado por valores e crenças, como: o bem-estar, a liberdade de expressão, a participação, a confiança mútua e a tolerância às diferenças. Esse sistema cultural estaria no fundamento de qualquer exercício de cidadania e de apoio às instituições democráticas. Dentre as críticas desta corrente, está a defesa pouco aprofundada da cultura como produtora da estrutura e da existência da relação inversa, da estrutura modificando a cultura, bem como limites pouco específicos em relação ao papel do desenvolvimento econômico na sociedade.

A teoria institucionalista tem como argumento central a necessidade da existência e da legitimidade das instituições democráticas e de seus procedimentos para a manutenção e a estabilidade democráticas. Nessa corrente encontram-se Tilly, Lijphart, Thelen e Steinmo, Shugart e Carey. Compreende-se, de forma ampla, o termo instituições pelas organizações formais, as regras formais e informais, e os procedimentos que estruturam a conduta (THELEN & STEINMO, 1992). Exemplos de normas e regras de organização da vida política podem ser identificados na existência de partidos e de concorrência legítima entre esses, nas eleições periódicas, no sufrágio universal, na definição de papel e limites dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário e na definição do papel do Estado e das formas legítimas de controle social. A crítica ao modelo explicativo das instituições recai na impossibilidade de estabelecer de forma evidente como e quando as instituições democráticas são criadas e modificadas, bem como o surgimento dos interesses para apoio e manutenção.

A partir dessa síntese, percebe-se a complexidade do debate acerca da democracia. A importância da retomada dessa discussão é expressa por Touraine (1996), que identifica a democracia como a forma de organização política mais frequente da modernidade, porém observa uma fragilidade de conteúdo, como a degradação da democracia em liberdade de consumo ou supermercado político, bem como riscos latentes, como restringi-la apenas a procedimentos ou de tornar-se ditadura de um grupo específico.

Touraine apresenta uma concepção de democracia que abrange as ênfases anteriores e as complementa. Para o autor, um sistema aberto, político ou econômico é condição necessária, mas não suficientes, para a definição. Utilizar dualismos como formal e real, burguesa ou socialista devem ser recusados, uma vez que para uma definição, alguns elementos comuns devem estar presentes, e os aspectos considerados fundamentais não devem ser defendidos de forma isolada, sob pena de designarmos regimes autoritários ou totalitários como democráticos, tornando vazio o termo.

O autor observa vários aspectos como importantes para construir sua teoria, que podem ser sintetizados em algumas afirmações como: a garantia de direitos fundamentais constitucionais, que fazem valer direitos e princípios morais que podem ser utilizados contra o próprio Estado que os reconhece e protege os cidadãos do arbítrio desse; o respeito à cultura e à diversidade, que garante a possibilidade de identificação individual e coletiva com grupos e preserva tradições culturais; o respeito e a igualdade política às minorias, ou seja, procedimentos e regras que garantam meios institucionais aos diferentes indivíduos e coletividades de acesso e de participação nas decisões públicas, o que contribui para redução das desigualdades sociais das quais o Estado faz parte e a organização das liberdades individuais e coletivas com a participação do maior número de cidadãos nas escolhas políticas. Para além dos procedimentos, é a presença de força social e política que busca transformar o Estado de direito em um sentido que contemple aos interesses dos dominados.

A separação entre Estado e vida privada, reconhecida e garantida por instituições políticas e pela lei, deve ser ressaltada. O Estado de direito em si não está necessariamente associado à democracia, sua função está em organizar a vida

social através de uma unidade do conjunto político e do sistema jurídico. A democracia estará em pauta pela ação dos sujeitos, que a partir de um apelo ético – liberdade e justiça, considerando-se sua cultura e em nome da maioria sem poder, formarão **oposição** contra lógicas dominadoras. A idéia de soberania popular conduz ao advento da democracia a partir do princípio de oposição ao poder estabelecido, ou seja, não significa dar legitimidade sem limites a um poder popular, e sim introduzir na vida política o princípio moral de **recurso**, em espaços políticos legítimos, necessário para defender os interesses daqueles que não exercem poder na vida social. E essa interação e mediação entre Estado e sociedade é feita pela representatividade dos dirigentes políticos, poder popular outorgado e renovado pela livre escolha e voto de uma parte importante dos governados.

A partir desses aspectos, a democracia pode ser vista como a interdependência e inter-relação de três dimensões: o respeito aos direitos fundamentais pelo poder político; a consciência de cidadania, pertencimento a uma coletividade política fundada sobre o direito e a representatividade dos dirigentes (TOURAINÉ, 1994; 1996).

Para compreensão da construção democrática da política pública de saúde no Brasil, devem-se manter presentes os aspectos abordados como as dimensões da democracia para Touraine e aprofundar o pressuposto de controle social, oposição e recurso, como limitadores do poder do Estado de direito.

As formas de controle social podem ser informais, como usos, costumes e opinião pública, ou formais, como as leis e demais instituições. O direito é em si fenômeno e processo de controle social. As raízes da definição podem ser encontradas nas formulações clássicas de Durkheim (1985) acerca da coerção social, do problema da integração do grupo e do respeito às normas estabelecidas por ele. Nesse sentido, o controle refere-se ao objetivo da integração social e coesão interna dos indivíduos, do estabelecimento da ordem, da preservação da estrutura social, expressando os valores tanto da classe dominante quanto o consenso do grupo (CASTRO, 1996).

A concepção de controle social foi resignificada ao longo do tempo e utilizada de diversas formas e objetivos. Alvarez (2004) apresenta estudo que auxilia na identificação das modificações dessa concepção. A primeira definição referida data

historicamente do século XIX, respondendo ao problema da busca de estabelecer o grau de organização e de regulação de uma sociedade, considerando princípios morais e menor uso de coerção. Uma formulação racional que pouco fornece instrumentos para análise aplicada.

O autor explica que, no século XX, o controle social torna-se campo específico de estudos e a expressão é cunhada e desenvolvida pelo norte-americano Edward A. Ross (1866-1951), utilizada para compreender formas de cooperação e adesão voluntária da sociedade norte-americana, como inerentes à própria sociedade ao invés de reguladas pelo Estado. O seu uso restringiu-se a análises microsociológicas e interacionistas. Após a Segunda Guerra Mundial, a expressão toma outro sentido, recebendo destaque nos campos da Sociologia e História do crime e do desvio, recuperando a análise macrossociológica e enfocando a relação do Estado com os mecanismos de controle social. A idéia de solidariedade e integração social como fundamento da coesão é substituída pelas práticas de dominação organizadas pelo Estado ou grupos dominantes. As pesquisas voltam-se para a criminalidade, justiça, prisões, asilos e hospitais, e o enfoque é a manutenção da ordem social. Michel Foucault (1926-1984) é um expoente desses estudos.

As concepções desenvolvidas transitam sobre o lugar comum ainda da integração e unificação social, conforme inaugurado por Durkheim, modificando os termos entre cooperação e dominação, ora uma onipresença de integração e ordem social para além de conflitos, ora para a onipresença de uma dominação que submeteria qualquer forma de resistência.

Porém, atualmente, o termo controle social foi novamente resignificado, de forma considerada positiva como a possibilidade de visualizar respostas efetivas para os agentes submetidos aos mecanismos de controle, e também para demonstrar que as práticas de controle podem ser produtivas, e não apenas repressivas, já que produzem comportamentos e não apenas controlam ações (ALVAREZ, 2004). O significado atualmente utilizado é sintetizado por Menezes (2012):

(...) o sentido de controle social inscrito na Constituição, é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais (2012:259).

É nessa perspectiva produtora e de garantia do exercício da cidadania que a expressão controle social está em uso, tanto na literatura como no discurso popular. Retoma o tema da participação social nas decisões públicas e da limitação do poder do Estado como fundamentais. Dessa forma, refere-se atualmente o controle social como um instrumento democrático de participação e de integração institucionalizada e legítima da sociedade com a gestão da administração pública, atuando com a finalidade de avaliar e modificar metas, auxiliar a apontar deficiências e a buscar soluções de problemas.

No Brasil, o final da década de 80 foi um marco histórico para a política de saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, que afirmou a saúde como direito e institucionalizou a participação popular na definição e controle dessa política pública. Dessa forma, a Constituição retoma o princípio da democracia como fundamental da república, incorporando diretamente formas consultivas e deliberativas na tomada de decisões. A Lei Orgânica da Saúde (leis nº. 8080/90 e 8142/90), que regulamentou o Sistema Único de Saúde no Brasil, consolidou os Conselhos e as Conferências de Saúde como os espaços políticos de controle social (MENDES, 2007).

Esta institucionalização de espaços legítimos de controle social faz parte da história brasileira de democratização das políticas de saúde, na qual a visibilidade e a contribuição dos diversos movimentos sociais, de profissionais da saúde e outros atores sociais foram de grande importância e fundamentais para o processo, isto é, pode-se afirmar a saúde pública brasileira como conquista social (SPOSATI & LOBO, 1992).

3.2 Controle Social e o Sistema Único de Saúde

No Brasil, e considerando-se a área pública da saúde, as reivindicações que deram origem e força ao que hoje pode ser identificado como políticas públicas para o trabalho em saúde vinculam-se ao Movimento de Reforma Sanitária, da década de 80. Na arena política da saúde, considerada como uma rede processual, na qual as relações entre atores individuais e coletivos são assimétricas e muitas vezes conflitivas (CORTES, 2009a), a disputa por uma reforma do modelo de atenção à

saúde vigente na época era liderada por acadêmicos, pesquisadores, sindicatos de profissionais e trabalhadores de saúde.

Um rápido resgate acerca da história da política de saúde brasileira se faz relevante, pois possibilita a percepção do Controle Social em diversos momentos. A saúde, além do aspecto indiscutível de necessidade para a vida, obteve centralidade política em diversos momentos da constituição do Estado brasileiro.

Na Primeira República (1889-1930), considerada a era do saneamento, a saúde tornou-se tema de identidade nacional. Isso significa que em uma nação territorial, mas sem identificação cultural de nacionalidade, a saúde tornou-se o tema que possibilitaria essa integração e o fortalecimento da autoridade federal. O papel dos intelectuais na condução desse processo foi fundamental, e contribuiu para que o mito da inferioridade racial brasileira, bem como os “dois brasis” de oposição entre centro e sertão, considerados como responsáveis pelas dificuldades do desenvolvimento econômico e social, pudessem ser substituídos por um problema de higienização (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Nessa mudança de perspectiva, que permitiria um novo olhar sobre o desenvolvimento brasileiro, houve um crescimento do apoio das elites políticas para adoção de ações saneamento. Ainda que de forma campanhista (campanhas sanitárias nacionais), conservadora, preocupada mais com o mercado do que com a vida dos seus cidadãos, as ações de saúde desse período representaram o marco inicial das políticas sociais e da centralização e expansão da autoridade estatal.

No governo Vargas (1930-1945) houve mudanças institucionais consideráveis na burocracia e aparelhagem estatal para as políticas públicas. A construção da idéia de Nação mantinha-se e operacionalizava-se nesse período. Foi um momento em que a questão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores ganhou visibilidade de forma organizada em movimentos e sindicatos, auxiliando e impulsionando ações de regulamentação do trabalho e de previdência social, que vinculava o atendimento à saúde ao trabalhador formal. A construção e consolidação do arcabouço burocrático para o atendimento às políticas estatais datam de forma importante desse período, fundamentada em unidade normativa e com a organização executiva já delineada como descentralizada, fortalecendo a presença federal nos estados e municípios.

No período de 1945 a 1964, a saúde toma ares de desenvolvimentismo, com a incorporação de tecnologias e combate às doenças endêmicas. É um período considerado por Lima, Fonseca e Hochman (2005) como de “otimismo sanitário”, com a adoção de diversos programas, mobilização de recursos e com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, no segundo governo Vargas. Os movimentos sociais e a organização de profissionais e acadêmicos de saúde impulsionaram os debates acerca da horizontalidade, da integração das ações e da ampliação de serviços. Porém, a era militar interrompeu esse curso.

Durante o período de ditadura na história brasileira, as formas de participação social são restringidas. Retomam a articulação de forma paulatina a partir da década de 70, visto a situação caótica vivenciada na assistência à saúde. A dicotomia entre os ricos e os pobres era pública. Os investimentos do Estado e de indústrias estrangeiras interessadas em vender suas tecnologias complexas foram direcionados basicamente ao setor privado. O fundo estatal utilizado foi prioritariamente o da Previdência Social, que acumulava recursos elevados, porém foram utilizados para financiamento a fundo perdido para empresas privadas que desejassem construir hospitais (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Além dessa situação precária no atendimento à saúde da grande massa da população despossuída, que fortalecia uma reorganização de movimentos sociais, agrega-se também um movimento originado nas universidades de medicina, e institucionalizado nessas como Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), que produziram estudos e grandes avanços em práticas sanitárias. Essa medicina social, que se contrapunha à medicina individual – de práticas assistencialistas e de medicalização – trouxe para a discussão nas universidades o caráter político e de lutas da área da saúde. Esse cenário forma as bases do movimento pela Reforma Sanitária no Brasil. Conforme Escorel, Nascimento e Edler, “a ciência deixou de ser percebida como ‘neutra’ e a teoria passou a ser vista como um instrumento de luta política, com a realidade sanitária como seu objeto de estudo e intervenção política” (2005: 64).

Os governos militares de Geisel e Figueiredo marcaram um novo momento, caracterizado por uma inflexão e abertura. Realizaram esforços para resistir e controlar o enfrentamento político, ampliando os espaços de manifestação,

realizando concessões econômicas e ações de política social, ao mesmo tempo paternalista e repressiva. Essas ações, que visavam à legitimidade e à estabilidade do regime, possibilitaram algumas brechas na burocracia estatal, espaços políticos rapidamente ocupados por atores sociais envolvidos com a luta da Reforma Sanitária. Além dessa frente, a visibilidade de entidades civis organizadas para a defesa de um novo modelo de saúde pública crescia, de forma que as negociações governamentais já evidenciavam a necessidade de ampliar os fóruns.

O movimento da Reforma Sanitária tornou-se, gradualmente, uma força política que agregou diversas propostas contrárias ao regime, abrangendo a democratização do sistema, a participação popular, a universalização dos serviços e a defesa do caráter público do sistema de saúde. Na década de 80, ocorre o agravamento da tensão social, com a crise financeira e da Previdência Social, encerrando-se o período militar em meio a esse cenário conflituoso: uma crise econômica e, ao mesmo tempo, uma organização da sociedade civil sem precedentes (CORTES, 2002).

Em 1985, inicia-se a redemocratização brasileira, com o governo Sarney, apresentando novos aspectos. As lideranças do movimento sanitário assumem posições políticas-chave nas instituições de saúde no país, e a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde representa a mudança no papel institucional do controle social. Nesta Conferência, de forma ainda não legal, a população civil organizada é chamada pela primeira vez a participar das discussões com suas representações. Foi nesse espaço político que foram aprovados os princípios da Reforma Sanitária, a criação de um sistema único de saúde, com novo arcabouço institucional e independente da previdência, que iria influenciar a nova Constituição do país.

A criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987, foi uma estratégia de transição entre as Ações Integradas de Saúde (AIS), de 1984, para a nova configuração aprovada em 1988 na Carta Magna. Em seus princípios já constavam a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária.

Em síntese, o Controle Social esteve presente na história brasileira da democratização da política de saúde. Formais e informais, o Controle atuou na

participação, condução ou limitação das ações do Estado ao longo do processo, configurando-se pela atuação de atores políticos diversos, diretamente ou influenciando atores que estavam em postos políticos estratégicos para encaminhar demandas.

As Conferências, Comissões e os Conselhos de Saúde recebem destaque especial nessa trajetória. Já existentes antes de 1988, e em algumas localidades com participação ativa da população usuária, configuravam-se, porém, em sua maioria, como espaços de informação, ou seja, espaço de apresentação e relatos de situações e estudos ao Executivo, para que esse pensasse suas ações. Após a Carta Magna de 1988 e a regulamentação pela Lei Orgânica do SUS (LOS) em 1990, modifica-se sua natureza para espaços legais de construção, controle social, participação na administração e gestão da política de saúde em todas as esferas da federação.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde representa a vitória dessa caminhada e da mudança de natureza desse espaço. De acordo com a classificação utilizada por Escorel e Bloch (2005), as Conferências podem ser divididas em cinco momentos: a) 1ª e 2ª CNS – Sanitarismo Clássico (1941-1962); b) 3ª e 4ª CNS – Transição (1963-1974); c) 5ª e 6ª CNS – Modernização Conservadora e o Planejamento Estatal (1975-1985); d) 8ª e 9ª CNS – Reforma Sanitária (1986-1992); e 10ª a 12ª CNS – Consolidação do SUS (1996-2003). Percebe-se que o desenvolvimento das discussões acompanha os cenários políticos do país.

Importante salientar que a participação da população usuária nos Conselhos e Conferências foi estabelecida, nos textos legais, como paritária, ou seja, 50% de representação organizada dos usuários, 25% de entidades de trabalhadores da saúde e 25% de representação do governo, entidades ou instituições de prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados (ESCOREL; BLOCH, 2005).

Segundo Cortes (2002), a institucionalização de mecanismos de participação tem sido vista como um complemento ou alternativa às formas tradicionais de representação política nas democracias liberais. Entretanto, o clientelismo e o paternalismo ainda são características marcantes na política brasileira, condicionando e restringindo as relações entre o governo e os grupos de interesses, principalmente em cidades menores e em áreas rurais. Contudo, experiências de

sucesso na consolidação dos Conselhos e Conferências são identificadas, em locais onde “formou-se uma *'policy community'* composta por uma elite de reformadores do sistema brasileiro de saúde em aliança com lideranças dos movimentos popular e sindical” (CORTES, 2002, 43).

A participação de diversos movimentos sociais e atores políticos no processo de democratização da saúde pública brasileira foi fundamental e decisória para a implantação de formas de gestão participativa e de legitimação do controle social das ações do Estado. Percebe-se a luta por uma reforma de base na organização do sistema, principalmente na década de 80, momento de crise política e econômica do regime militar e de rearticulação da sociedade em entidades organizadas. Conforme assinalam Cohn e Elias, “o controle social busca abrir caminhos em meio a uma sociedade desestimulada para as ações de cidadania e a um Estado desacostumado a ter seus atos controlados pela sociedade, portanto a um Estado infenso ao controle público” (2003:69).

4 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE NA VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR

A década de 80, no Brasil, após um intenso crescimento da capacidade industrial, não apresentou a superação de fragilidades. Um conjunto de fatores emergiu nesse momento histórico, como a perda de fôlego da industrialização, a crise agrária – que transfere para as cidades mais pessoas do que a economia urbana pode absorver, a interrupção de financiamento externo e um agravamento da desigualdade da concentração de renda e riqueza como expressão de uma complexa questão social (BENJAMIN, 1998).

A revolução tecnológica gerou impactos e desestabilização dos empregos em vários setores da sociedade, principalmente nas políticas sociais. Na saúde, com a introdução de equipamentos médicos, inovações farmacêuticas e incorporações microeletrônicas, o custo da assistência à saúde elevou-se, além de refletir em novas divisões do trabalho, complexificação e segmentação da formação de recursos humanos, criando-se novas categorias profissionais e especialidades (SAYD et al., 1998).

Nesse período de enfraquecimento no crescimento econômico mundial, houve o questionamento da teoria do papel do Estado desenvolvimentista, empreendedor, em vista dos problemas evidenciados que ficavam sem respostas. No caso latino-americano, o questionamento do papel do Estado vinha condicionado pela história de resistência aos regimes militares ditatoriais vivenciados, como um Estado ameaçador aos cidadãos (COHN, 1997).

No Brasil, o período de redemocratização trazia consigo a bandeira da descentralização política, fiscal e administrativa e da "restauração" do federalismo, juntamente com compromissos de responder às situações sociais apresentadas, de melhorar os serviços públicos e de promover a distribuição da renda. A maioria dessas demandas recebeu tratamento especial na Constituição de 1988 (SOUZA, 1999). Nesse momento político brasileiro, destacava-se a centralidade do debate no papel do Estado e na garantia de direitos. Conforme Cortes (2009c):

A criação dos mecanismos de participação institucionalizados [...] insere-se em um processo geral (nacional e internacional), no qual a pressão de atores sociais por mais participação levou à gradativa abertura de órgãos e instituições estatais ao escrutínio público. Na área da saúde, além desse processo geral que impulsionou o governo federal brasileiro a criar mecanismos participativos, existiu também a ação deliberada de atores sociais e estatais, em grande parte articulados no 'movimento sanitário', na defesa da democratização do acesso a serviços e da gestão do sistema (CORTES, 2009c: 104).

Compreendia-se que a inovação dos processos participativos afetaria positivamente a responsabilização e a *accountability* dos governos, através da articulação entre gestores, as burocracias governamentais e as organizações de trabalhadores, usuários e beneficiários de políticas públicas, o que permitiria que interesses tradicionalmente excluídos do processo de decisão fossem considerados (*idem*).

Nessa trajetória participativa, o Brasil tornou-se expoente, principalmente na área da saúde, e houve avanços consideráveis. Entretanto, muitas regulamentações ainda não foram legisladas ou implementadas, de forma que demandas sociais abordadas desde aquele período ainda se mantêm atuais, como a situação do trabalho na saúde.

4.1 As Conferências Nacionais

Revisitando as Conferências Nacionais de Saúde, busca-se observar o debate acerca do trabalhador da saúde, compreendendo-se que as demandas e os direitos institucionalizados são localizados historicamente por ser construção social, de acordo com contextos específicos. A formulação dos direitos tem como objetivo determinar as condições de existência do homem, em relação às necessidades individuais e coletivas, bem como a regulação entre interesse público e privado, ou seja, as relações sociais.

Os autores Sayd, Junior & Velandia (1998) traçam a trajetória da abordagem do tema do trabalhador da saúde e suas condições de trabalho nas Conferências Nacionais de Saúde. Conforme o estudo, os temas da 1ª e da 2ª Conferências estavam centrados nas normas de organização e de administração sanitária, bem como na situação de higiene e segurança no trabalho. Os autores demonstram que a temática do trabalhador aparece timidamente a partir da 3ª Conferência Nacional

de Saúde, em 1963, abordada como recursos humanos em saúde. Ainda que muito centralizada na figura do profissional médico e seus interesses de classe, já identificava a má distribuição da mão de obra no país e traçava alguns indicativos de políticas para capacitação, interiorização e fixação dos profissionais de saúde em regiões menos assistidas. Apontava para a necessidade de uma política de recrutamento, seleção, preparo e aproveitamento de pessoal técnico, enfocando a descentralização e municipalização, buscando o crescimento e racionalidade da política de saúde (SAYD et al., 1998).

A 4ª Conferência, de 1967, é convocada num contexto militar, ainda não visível de milagre econômico e não aberto a discussões, ou seja, o direcionamento era a visão racional e técnica para o desenvolvimento, na qual a temática da saúde e dos recursos humanos é aprofundada, para atender a carência do país e possibilitar maior crescimento econômico, concomitante a um contexto internacional favorável, com a atuação dos órgãos Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), que enfocavam o homem e sua saúde como fator decisivo para o desenvolvimento social.

Nesta Conferência, a finalidade da convocação era oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação de contingentes para atender às demandas identificadas pelo Estado. Os principais eixos de discussão foram: o profissional da saúde que o Brasil necessita; pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar e a responsabilidade das universidades e das escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde. Ou seja, a temática era dedicada ao planejamento nacional de recursos humanos, como política da União.

Percebe-se que, apesar de centralizado em nível federal, houve avanço no tratamento relevante dado ao trabalhador da saúde. Reconhece-se, também, um avanço referente ao uso e definição dos termos conceituais, como “recursos humanos” ao invés de “pessoal” e “desenvolvimento de recursos humanos” substituindo a visão de “treinamento de pessoal”. Organizou-se a cooperação entre Ministério da Educação e Cultura e da Saúde para formação desses recursos humanos, incluindo-se um estudo da situação detalhada das condições de saúde e

necessidades de formação. O reconhecimento de outras profissões compondo as equipes de saúde é evidenciado, ainda que mantivesse a hierarquia forte centrada na figura do médico, e demonstrou um indicativo teórico da substituição do modelo vertical de campanha sanitária para a organização de centros de saúde.

Após essa Conferência, seguiu-se momento de silêncio, sob os chamados “anos de chumbo” da ditadura. Quando do esgotamento do milagre econômico e da gradual abertura (1974), o cenário era de crise, desenhado por anos de desenfreio, apoio à aquisição de equipamentos tecnológicos internacionais de atenção médica complexa e à indústria farmacêutica, enfocando as práticas curativas individuais, grande parte mantidas com a compra de serviços privados, realizando a manutenção dos gastos com o fundo previdenciário.

A 5ª Conferência Nacional, em 1975, teve como principal enfoque a necessidade de enfrentar a sobreposição de serviços, buscar a racionalização de recursos, através de planejamento e de controle. Na questão de recursos humanos, o problema identificado relacionava-se à formação, como estritamente acadêmica e tradicional, sem dialogar com as reais demandas sociais, voltado à prática curativa e individual. Em cenário econômico adverso, a orientação voltou-se para a racionalização da formação e à ênfase na prevenção e a atenção coletiva. Um dos avanços decorrentes, além de pensar a prevenção da saúde, foi de resgatar os hospitais universitários, que já não conseguiam manter-se na crise, operacionalizando o primeiro convênio entre entes públicos – Ministério da Educação e o da Previdência Social – visando adequar a formação às necessidades prevalentes de saúde da população e à melhoria dos serviços prestados.

As Conferências processaram-se em constante acúmulo das discussões. A 6ª Conferência, porém, já em evidente abertura política em 1977, foi avaliada pelos autores Sayd et all. (1998) como um retrocesso, pelo restabelecimento da dicotomia entre as práticas curativas individuais e as coletivas preventivas. O impacto nas políticas de formação de recursos humanos foi sentido ao se manter o modelo de previdência social para atendimento às necessidades individuais, e criar-se a figura do Sanitarista, profissional de nível superior formado para atender a saúde da população como um coletivo, “militarizado” pelo seu caráter de “servir ao país”, com

política salarial e progressões vinculadas a constantes trocas de local para interiorização dos serviços.

Em meio às turbulências sociais, resultantes da combinação da abertura política, anistia, fôlego da oposição, greves, crise da Previdência e o aumento do clamor da população em ter suas demandas sociais atendidas, os profissionais da saúde e cientistas sociais aumentam a sua participação nos debates da questão da saúde brasileira. Um grupo de técnicos do Ministério da Saúde e da Previdência Social elaborou o Programa de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), pretendendo reestruturar e ampliar os serviços, incluindo saneamento e habitação. O projeto foi inspirado nas ideias da Conferência de Alma-Ata (1978), na qual a atenção primária e a participação da comunidade foram identificadas como fundamentais para efetivação da saúde.

A 7ª Conferência Nacional de Saúde, 1980, foi convocada com a finalidade de aprofundar os temas para a implantação e desenvolvimento do Prev-Saúde, que retomava alguns indicativos da 3ª CNS, como a regionalização e articulação das unidades federativas, descentralizando e definindo as responsabilidades e a organização dos serviços. A partir de 1980, a saúde já se desenhava como um conjunto integrado de fatores, envolvendo prevenção, tratamento, reabilitação e ambiente para a sua promoção. O tema do trabalhador aparece como “desenvolvimento de recursos humanos”, e para a formação, o enfoque é para a substituição de especialidade para a generalidade, de forma a ampliar ações preventivas aos problemas coletivos. A Escola Nacional de Saúde Pública retoma papel importante para a formação de recursos humanos, e o governo reforça os programas de residência médica, criando os programas de residência em medicina social. O trabalho em equipes de saúde é reforçado, mas a formação do médico generalista é a âncora.

A partir desse histórico, compreende-se a efervescência social que contextualiza a 8ª Conferência, convocada em março de 1986, na qual o tema da saúde é redirecionado do enfoque medicalizante e de tratamento para um tema político, sob o lema “Democracia é Saúde”, colocado na agenda política como direito dos cidadãos e dever do Estado. Esta Conferência trouxe pela primeira vez a participação da sociedade civil organizada, resultado das pressões exercidas, que

compareceu em massa e com debates amadurecidos em pré-conferências. Obteve grande destaque o movimento dos trabalhadores da saúde, conhecidos como os engajados sanitaristas, idealizadores da proposta da Reforma Sanitária.

Dentre vários aspectos do projeto da Reforma Sanitária, que se refletiram diretamente nas discussões da 8ª CNS, pode-se destacar: a formulação de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; a busca da integração dos serviços de saúde previdenciários e de saúde pública coletiva, sob o comando do Ministério da Saúde, ficando no Ministério da Previdência e Assistência Social a ação do seguro social; o fortalecimento da integração, respeitadas as autonomias dos entes federativos e a estrutura de planejamento democratizada, que se efetiva posteriormente nos espaços institucionalizados dos Conselhos e Conferências de Saúde dos diferentes níveis federativos (BRASIL, 8ª CNS, Relatório final, 1986).

A 8ª CNS configura-se como um marco histórico nesse contexto de início da reestruturação institucional da saúde, que embasou o modelo atual, possibilitando a sistematização de um crescente processo de lutas que se desenvolveu e deslocou-se para a Constituinte, inscrevendo-se na Constituição Federal de 1988. Percebem-se os princípios e as diretrizes propostas pelo movimento da Reforma Sanitária visivelmente incluídos na Carta Magna e nas leis regulamentadoras posteriores.

Em relação aos recursos humanos da saúde, o tema foi pautado pelos diagnósticos de: inadequada formação técnica dos profissionais; condições insatisfatórias de trabalho e de remuneração e processos de contratação com interferências clientelísticas. Como proposições e reivindicações para a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, no que tange à política de recursos humanos, a 8ª CNS identificou a necessidade de uma política de regulação do trabalho, contemplando: remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias atuantes nos entes federados; estabelecimento de plano de cargos e salários; capacitação e reciclagem permanentes; formação dos profissionais de saúde integradas ao Sistema; admissão por concurso público e estabilidade; cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva; composição multiprofissional das equipes, conforme as demandas de cada região do Brasil; compromissos dos servidores com os usuários e a proposta de agentes

comunitários de saúde (idem, 1986). Nesse fórum, a identificação da situação precária dos trabalhadores na saúde no Brasil é evidenciada como problema público, e diversos aspectos ainda permanecem muito atuais.

Os temas referentes à valorização do trabalho e do trabalhador da Saúde são mantidos e reafirmados nas Conferências Nacionais posteriores, conforme aponta estudo de Garcia (2010), sendo exemplo importante a aprovação integral, na 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), da 3ª versão da Norma Operacional Básica para Recursos Humanos no SUS – NOB-RH/SUS, trabalho realizado pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde, com intenso debate e participação de segmentos do Controle Social. Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde delibera pela aplicação da NOB-RH/SUS como base fundamental da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Neste mesmo ano, em sintonia com a Norma e a partir do novo contexto do governo Lula, é criada no Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), com o objetivo central de implementar uma política de valorização do trabalho e do trabalhador da saúde.

Para o segmento da análise das Conferências, tem-se como central os relatórios das conferências específicas para os Recursos Humanos em Saúde/Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e o estudo apresentado por Campos, Pierantoni e Machado (2006), visto que, em continuidade à 8ª CNS, instaura-se a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, com o tema central “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”, em outubro do mesmo ano. O relatório desta Conferência cumpriu o papel de ser a referência na temática para os estudos e discussões na área.

Salienta-se que ambas as Conferências de 1986 foram desencadeadas em pleno movimento de reforma do sistema de saúde brasileiro, e ainda sob o governo do último presidente eleito de forma indireta, contudo, já em processo de abertura democrática. As discussões foram marcadas por uma busca pela liberdade e cidadania, sendo a saúde tornada uma reivindicação política popular. Houve presença maciça de diversos segmentos da esquerda que ocupavam cargos-chave nas estruturas governamentais e em organismos de cooperação internacional, como a Organização Pan-americana de Saúde – OPAS, também de pesquisadores da

Saúde, de movimentos populares, profissionais e sindicais fortalecidos, bem como os partidos políticos (CAMPOS, PIERANTONI, MACHADO, 2006).

Os temas desenvolvidos traziam a necessidade de órgãos de desenvolvimento e preparação de recursos humanos, incluindo a educação permanente e sua integração entre ensino e serviço, a avaliação de desempenho, o trabalho em equipe multiprofissional, a melhoria da relação entre os profissionais e os usuários dos serviços, assim como a importância de uma legislação específica, um plano de cargos e salários e o fortalecimento do papel dos gestores para assegurar essa nova reestruturação (idem, 2006).

Após a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, em que é reafirmada a carência de uma política de recursos humanos para o SUS, que garantisse a interiorização dos profissionais, a implantação de regime jurídico específico, a capacitação continuada, a avaliação de desempenho sistemática e o trabalho em equipes multiprofissionais, entre outros aspectos, é realizada, em setembro de 1993, a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde para o aprofundamento dessas discussões, e com o estabelecimento dos temas: a saúde do povo brasileiro, o processo de implementação do SUS e os recursos humanos, analisando as dimensões de qualificação, de preparação e de gestão do trabalho.

Esta segunda conferência específica traz para o debate a questão da ordenação da formação para o SUS, com discussões conjuntas entre os órgãos formadores, os conselhos e os prestadores de serviço; a revisão dos currículos; o serviço civil obrigatório; a obrigatoriedade das instituições apresentarem planos de qualificação de seus trabalhadores; a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos e de gestores; a criação de um sistema de informação sobre recursos humanos e de câmaras técnicas vinculadas aos Conselhos de Saúde, para análise e avaliação dos recursos humanos.

A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, realizada em março de 2006, ocorre após a 11ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi aprovada a NOB-RH/SUS, norma balizadora da Política de Gestão do Trabalho até a atualidade. Desta forma, a alteração do seu nome já reflete as novas concepções na área, compreendendo os trabalhadores da saúde não mais como recursos a serem mobilizados pelos gestores, mas como protagonistas centrais no

processo de consolidação da reforma do sistema de saúde e da afirmação do SUS. A atuação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) é consolidada, e a questão dos recursos humanos estabelece-se na pauta mundial, sendo o ano de 2006 definido pela Organização Mundial da Saúde como o Ano Mundial da Saúde.

Importante ressaltar que a necessidade de uma política única para definir princípios e diretrizes na atuação em recursos humanos/gestão do trabalho na saúde já esteve presente nas discussões das Conferências anteriores, que trataram o tema do trabalhador da saúde, até a aprovação da NOB/RH-SUS e a criação da SGTES/MS, que consolidou nacionalmente o conceito e as ações nesse campo, servindo como base e incentivo para os demais entes federados.

Considerando as especificidades apontadas para cada período, é possível agrupar alguns dos principais diagnósticos e das diretrizes abordadas pelas Conferências específicas, com base nos seus relatórios, retomando-se os eixos temáticos apresentados para a valorização do trabalho. As temáticas e reivindicações mais frequentes relacionam-se principalmente aos eixos “Inserção e vínculo ao trabalho” e “Educação permanente”, abordando problemas presentes e recorrentes desde a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, como a fixação e interiorização dos profissionais; a necessidade de plano de carreira e a formação e educação permanente, alinhadas às demandas da população usuária e de acordo com as especificidades locais, tão diferentes em um Brasil de grande extensão territorial e de realidades sociais desiguais.

A 3ª Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2006), com discussões mais amplas e amadurecidas pelo momento histórico, já apresentou um enfoque maior na gestão democrática, participativa e negociada. Em um documento amplo, com 528 propostas/recomendações detalhadas para cada eixo, faz referência à complexidade dos aspectos da temática deste estudo.

Sinteticamente, no eixo “Inserção e vínculo ao trabalho”, as diretrizes apontam para formas de ingresso por concurso público, combatendo o clientelismo político; a superação da inserção de profissionais não qualificados e do vínculo trabalhista precário; a implantação de Plano de Cargos, Carreira e Salários, abrangente a todas as categorias que atuam na saúde, tendo a perspectiva de

desenvolvimento e incentivo ao aprimoramento profissional; a melhoria e a isonomia de pisos salariais por níveis, bem como a igualdade no cumprimento da jornada de trabalho, extinguindo os diversos vínculos institucionais, que mantém profissionais com o mesmo cargo com salários diferentes e jornadas de trabalho variáveis e o estudo e a avaliação constante acerca das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada de pessoal para o atendimento às diferentes demandas.

No eixo “Educação Permanente”, são apresentadas a necessidade de programa institucional de formação/educação permanente, desde o ingresso do trabalhador, voltado às demandas da população, permitindo a integração de ensino e serviço e de forma multiprofissional e visto como instrumento de reforço à reorganização do sistema de saúde; as ações de educação vinculadas ao plano de cargos, carreiras e salários, incentivando e valorizando a qualificação constante e a necessidade de financiamento específico para programas de educação permanente na saúde.

O eixo “Gestão Participativa” também pode ser destacado, tendo sua ênfase na criação de espaços de diálogo e de democratização das instituições de saúde, com a participação dos profissionais e da população usuária, de forma a qualificar a gestão e os serviços prestados, bem como melhorar a relação profissional-usuário, diagnosticada como problemática, restrita e tensa.

Esse eixo remete ao próximo: “Planejamento e avaliação do trabalho”, que além de apontar a necessidade de avaliação individual do trabalhador, detalhar parâmetros para desenvolvimento sistemático e pedagógico e ainda incluí-la como item para a progressão funcional, aborda a importância de uma avaliação e planejamento dos serviços pelas próprias equipes. As ações, o planejamento e as metas devem estar em sintonia com as necessidades apontadas pelos fóruns de Controle Social, elaborado de forma ascendente e descentralizada, trazendo a importância e o protagonismo do trabalhador da saúde.

O eixo “Trabalho em equipe multiprofissional” é abordado referindo a importância de cada profissional, a complementaridade dos saberes para as ações de saúde, bem como as dificuldades geradas pela fragmentação e hierarquização da divisão do trabalho. Nas demais conferências, esse eixo aparece contemplado nas ações multiprofissionais de educação permanente e de formação para a

humanização do atendimento, bem como nos espaços coletivos de gestão. O eixo “Escuta do trabalhador” não foi apontado diretamente nas Conferências específicas, mas considera-se contemplado de forma tangencial nos dois eixos anteriormente citados, visto abordarem espaços coletivos de democratização da gestão, valorizando a autonomia e os diferentes saberes dos trabalhadores.

Diante dessas diretrizes, em que se percebem diagnósticos e reivindicações não distantes da realidade atual, é importante verificar a contribuição de outro espaço de Controle Social presente no SUS, a do Conselho Nacional de Saúde, para posteriormente realizar a análise do papel e das ações efetivas e concretas no âmbito da valorização do trabalho e do trabalhador da saúde.

4.2 O Conselho Nacional de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi criado em 1937, como órgão de cooperação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, cuja função era assistir o ministro na definição dos programas de proteção à saúde. Em 1953, com a separação dos Ministérios e a organização do Ministério da Saúde, o órgão foi mantido, e com o mesmo objetivo. Em 1987, o Conselho foi reformulado, passando a ter como função administrativa principal a deliberação, ou seja, passou a ser um órgão ministerial de deliberação superior, estabelecendo-se um novo papel para o Conselho. Em 1990, no Decreto 99.438/90, esse é reiterado, ampliando as competências do Conselho, e desde então não houve grandes alterações nas suas funções (CORTES, 2009b).

Para a apresentação da análise dos dados referentes à relação do CNS e a valorização do trabalhador da saúde, é importante sintetizar as atribuições do órgão previstas na legislação. Estas se referem, em geral, a deliberações acerca da formulação e do controle da execução da política nacional de saúde, em âmbito federal, e a estabelecer padrões e parâmetros assistenciais nacionais. Como órgão de controle, encontra-se em importância paralela ao Ministério da Saúde, e está a seu cargo: acompanhar e emitir pareceres acerca de criação de novos cursos superiores na área da saúde, bem como de entidades de pesquisa em seres humanos; estabelecer diretrizes para os planos de saúde, acompanhar as atividades

das instituições privadas credenciadas e estabelecer critérios para a remuneração dos serviços; analisar a incorporação de tecnologias na área da saúde. E ainda, é de sua competência propor a convocação das Conferências Nacionais de Saúde.

O estudo do papel do Conselho para a construção de políticas públicas de valorização do trabalhador da saúde considerou, para análise, as deliberações e os atos normativos do CNS durante o período de 1990 – iniciando pelo marco legal que o tornou deliberativo – a 2009, contemplando o ano completo. Os atos deliberativos do CNS são elencados no regimento interno do período (Resolução nº407 de 12 de setembro de 2008 alterado em alguns artigos em 2010, pela resolução nº435 de 12 de agosto de 2010) e classificados em três tipos: Resoluções, Recomendações e Moções¹, sendo o plenário o espaço máximo para as decisões.

Os documentos foram organizados em categorias elencadas progressivamente a partir da leitura – categoria por acervo (BARDIN, 2009), ou seja, não eram categorias pré-existentes, agrupando-as por afinidades de temas ou tipo de ações. Diversos níveis de agrupamento e condensação foram necessários. O material de estudo totalizou 800 (oitocentas) deliberações. Destas, 46 (quarenta e seis) não constavam e não foram fornecidas pelo órgão.

O primeiro momento de análise possibilitou encontrar uma variedade enorme de temáticas, desenvolvendo-se categorias primárias que chegaram a mais de 40 (quarenta) tipos. Essa diversidade é, de certa forma, reflexo das inúmeras e complexas demandas trabalhadas no CNS. Após essa primeira verificação, as categorias de análise foram agrupadas progressivamente, até contemplar três grandes tipos amplos e abrangentes. As categorias priorizaram, para além das temáticas de saúde a que se referem, a principal ação demandada pelo CNS nos documentos analisados. Ou seja, a aprovação de orçamento contempla diversas áreas da saúde, desde doenças específicas a serem combatidas até recursos para

¹ a) Resolução: ato geral, de caráter normativo, aprovada no plenário, e encaminhada para homologação pelo Ministro da Saúde, e posterior publicação em Diário Oficial da União (DOU); b) Recomendação: sugestão, advertência ou aviso a respeito de temas ou assuntos específicos que não seja habitualmente responsabilidade direta do CNS, mas relevantes, direcionando-se a agentes institucionais para solicitação de conduta ou providência; e c) Moção: manifestação de aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de assunto específico. Entre 2001 e 2006, é possível encontrar atos nominados como “Deliberação”, porém, nem no regimento interno vigente no período, que era referente à resolução nº291, de 06 de maio de 1999, nem em regimentos posteriores, está prevista essa diferenciação, e ainda, nenhum desses atos denominados como “deliberação” foi encaminhado para publicação no DOU, desta forma, foram tratados como semelhantes às recomendações.

capacitação de recursos humanos, sendo a temática incluída na categoria de organização do sistema, por ser o enfoque principal do documento.

As categorias² formuladas para análise foram:

- a) *Afirmação do SUS e organização da Seguridade Social* – enfoque mais abrangente acerca de posicionamento, pareceres e critérios para orçamento, financiamento, planejamento de prioridades e ações, atuação do Ministério da Saúde e órgãos de fiscalização, cooperação nacional e internacional, ou seja, a organização geral do SUS;
- b) *Participação da Comunidade no SUS: controle social* – refere-se a ações relacionadas às Conferências Nacionais de Saúde, à administração interna do Conselho e de suas comissões, bem como apoio aos conselhos dos demais entes federativos, portanto, à organização interna e à afirmação do Controle Social;
- c) *Ações em Saúde: áreas temáticas, populações ou doenças específicas* – abrange os posicionamentos e deliberações orientadoras de ações em saúde, a serem seguidas por diferentes órgãos e equipamentos prestadores de serviços, incluindo critérios para pesquisa, vigilância, ações programáticas e emergenciais, áreas temáticas e grupos populacionais prioritários, regulação de profissões e cursos na área da saúde, e nesta categoria encontram-se deliberações acerca da valorização do trabalhador da saúde.

Para apresentação dos dados gerais, os atos foram distribuídos por categorias e ano de publicação, de 1991 a 2009, visto que o ano de 1990 não apresentou atos deliberativos, conforme demonstram o Quadro 02 e o Gráfico de frequência 01.

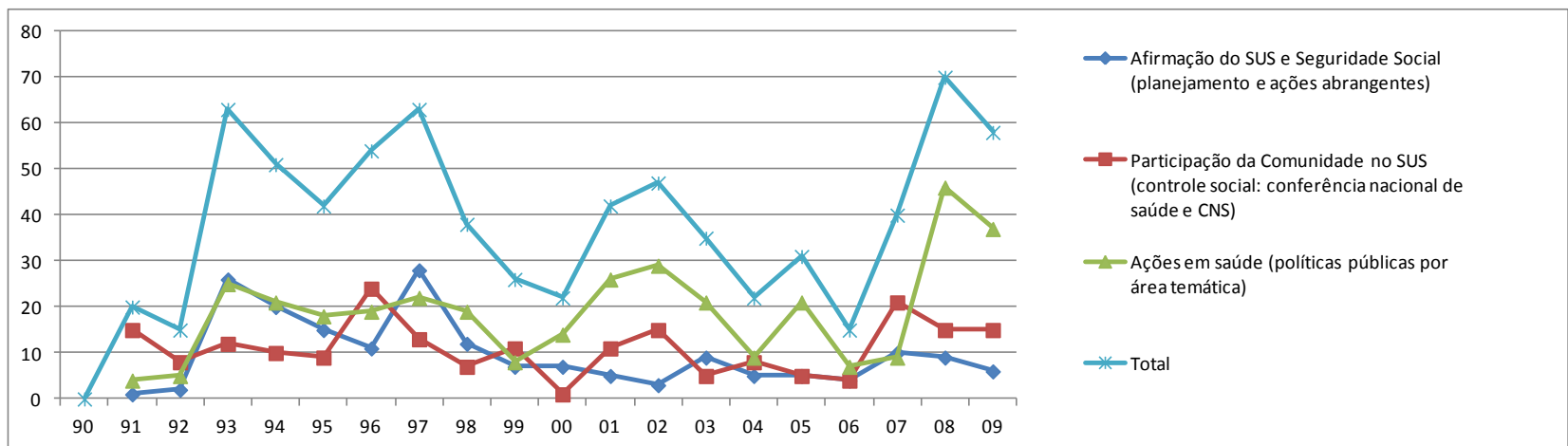
² Em estudo semelhante posterior, publicado por Menezes (2012), a autora analisou os documentos do CNS no período de 2003 a 2008, período marcado pelo governo Lula, definindo categorias semelhantes, porém em outro grau de agrupamento, a saber: Financiamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; Controle Social (papel e funcionamento do conselho, conferências, plenárias de conselhos); Políticas Específicas e Programas de Saúde; Gestão em Saúde e Organização dos Serviços de Saúde; e Questões Locais/Particulares.

Quadro 02 – Frequência das ocorrências por categoria temática/ano

| Categoria Temática / Ano | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | Total | % |
|--|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|--------------|
| Afirmação do SUS e Seguridade Social (planejamento e ações abrangentes) | | 1 | 2 | 26 | 20 | 15 | 11 | 28 | 12 | 7 | 7 | 5 | 3 | 9 | 5 | 5 | 4 | 10 | 9 | 6 | 185 | 23,1 |
| Participação da Comunidade no SUS (controle social: conferência nacional de saúde e CNS) | | 15 | 8 | 12 | 10 | 9 | 24 | 13 | 7 | 11 | 1 | 11 | 15 | 5 | 8 | 5 | 4 | 21 | 15 | 15 | 209 | 26,1 |
| Ações em saúde (políticas públicas por área temática) | | 4 | 5 | 25 | 21 | 18 | 19 | 22 | 19 | 8 | 14 | 26 | 29 | 21 | 9 | 21 | 7 | 9 | 46 | 37 | 360 | 45,0 |
| não consta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 46 | |
| Total | 0 | 20 | 15 | 63 | 51 | 42 | 54 | 63 | 38 | 26 | 22 | 42 | 47 | 35 | 22 | 31 | 15 | 40 | 70 | 58 | 800 | 100,0 |
| % | | 2,5 | 1,9 | 7,9 | 6,4 | 5,3 | 6,8 | 7,9 | 4,8 | 3,3 | 2,8 | 5,3 | 5,9 | 4,4 | 2,8 | 3,9 | 1,9 | 5,0 | 8,8 | 7,3 | 100,0 | |

Fonte: Elaboração própria, dados brutos do Conselho Nacional de Saúde.

Gráfico 01 – Frequência das ocorrências por categoria temática/ano



Fonte: Elaboração própria, dados brutos do Conselho Nacional de Saúde.

É possível verificar que há três períodos de maior manifestação formal do CNS. O primeiro é durante o ano de 1993, no governo do presidente Itamar Franco, pós-*impeachment* de Fernando Collor de Mello. Um momento delicado na política brasileira, tendo em vista as conquistas ainda recentes de cidadania na Carta Magna, os avanços do movimento de reforma do sistema de saúde e, ao mesmo tempo, o impacto da deposição de um presidente eleito após anos de ditadura militar, bem como a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, reduzindo os direitos sociais e trabalhistas, precarizando o público, na contramão do que assegurava a recente Constituição de 1988 (MENEZES, 2012).

Nos atos normativos do período, a principal temática versava acerca do orçamento e financiamento da saúde e, em segundo lugar, atos referentes ao Controle Social, refletindo-se a relevância de manter a democracia participativa instituída ativa. As temáticas repetem a ordem e densidade de frequência em 1997, durante governo de Fernando Henrique Cardoso. Percebe-se a preocupação em controlar a organização e repasses financeiros para a saúde e com a própria manutenção do fórum deliberativo de Controle Social.

O terceiro momento de maior atividade do CNS é observado em 2008, durante o governo Lula. A temática de maior frequência é a saúde por grupos populacionais específicos, em especial a saúde do trabalhador, e, em segundo lugar, mantém-se o Controle Social. A modificação da prioridade no tema dos atos normativos do CNS pode ser compreendida pelo próprio contexto e compromisso do novo governo, visto que era a primeira vez que um partido que se identifica contrário à hegemonia instituída, o Partido dos Trabalhadores, assumia o governo federal, tendo em seu discurso público um olhar diferenciado para o trabalhador.

A análise geral dos atos normativos do CNS permite afirmar que as principais manifestações relacionam-se, em primeiro lugar, a orientações de políticas públicas e ações para combater agravos e para promoção de saúde a grupos populacionais específicos, compreendendo 45% das ocorrências. Esta informação está em consonância a uma das principais atribuições do CNS, que é manifestar-se acerca dos parâmetros e prioridades assistenciais nacionais, tendo como espaço de debates 26 (vinte e seis) comissões intersetoriais temáticas, existentes na estrutura do Conselho, que tem como objetivo articular políticas e programas de interesse

para a saúde (Regimento Interno, resolução CNS nº 405/2008). Dos 360 atos desta categoria de análise, as principais ocorrências relacionam-se a grupos específicos populacionais, principalmente indígenas e mulheres, totalizando 18,4%, e a áreas temáticas, como saúde bucal, saúde mental e hanseníase, sendo 11,8% das ocorrências. A valorização do trabalhador é considerada subitem desta categoria, obtendo frequência de 2,5% do total.

O tema que se destaca como o segundo mais frequente na análise geral dos atos, com 26,1%, relaciona-se basicamente à organização interna do Conselho, aprovação de Grupos de Trabalho e planejamento das comissões, bem como apoio à capacitação a demais conselhos de saúde. A categoria Afirmação do SUS e Seguridade Social, com 23,1% de frequência, está relacionada com a atuação do órgão em observar os princípios e diretrizes do SUS para o planejamento da ação do Ministério da Saúde e das Agências regulatórias.

Voltando ao subitem valorização do trabalhador da saúde, para melhor analisá-lo, este obteve frequência mínima se comparado ao universo total de resoluções em estudo, conforme descrito. A distribuição por ano é demonstrada pelo Gráfico 02, em números absolutos:

Gráfico 02 – Número de atos normativos da categoria Valorização do Trabalhador/ano



Fonte: elaboração própria, dados brutos do Conselho Nacional de Saúde.

Ressalta-se que alguns temas não foram considerados no somatório deste eixo, como, por exemplo, manifestações acerca de regulação da formação de recursos humanos para o SUS, visto relacionar-se a condições prévias ao ingresso do profissional no SUS. As questões de regulação do trabalho e de profissões da

saúde, bem como a saúde do trabalhador, também não compõem a categoria de análise. Conforme já justificado, esta temática é tratada de forma transversal.

A pouca manifestação do órgão acerca de questões relativas à valorização do trabalho e do trabalhador da saúde deixa uma lacuna acerca da atuação do órgão frente aos diversos problemas apontados e recorrentes nas Conferências Nacionais, tanto as de Saúde como as específicas de Recursos Humanos/Gestão do Trabalho. Ainda assim, dentre os 20 atos, podem ser considerados como importantes os descritos a seguir.

Em 1991, a resolução nº12 aprova orientações gerais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, retomado posteriormente em documentos do Ministério da Saúde de 2004, porém, ainda não implantado na totalidade dos equipamentos assistenciais.

Em 1993, foi instituída a Mesa Nacional de Negociação Permanente, pela resolução nº52, com o objetivo de se tornar espaço prioritário de negociação de gestores e trabalhadores, através da representação de seus sindicatos e com acompanhamento dos Conselhos de saúde, de temas importantes para o cotidiano do trabalho em saúde. Em 1994, as resoluções nº111 e 114 propõem a instalação de Mesas de Negociação nos Estados e municípios, porém sem grandes impactos. A Mesa Nacional é reinstalada em 1997, através da resolução nº229, e novamente ratificada em 2003 (resolução nº331), permanecendo as ações para afirmação de sua importância e manutenção.

A qualificação e a educação permanente dos trabalhadores do SUS é tema nos atos de 1991 (resolução nº14), em 1997 (resoluções nº214 e 228, recomendações nº 7 e 26), e em 2003 (resolução nº335). Essas são relacionadas à aprovação e ao acompanhamento de programas de qualificação, bem como à aprovação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS, em 2003.

Nesse mesmo ano, o órgão resolve pela aplicação da NOB-RH/SUS, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (resolução nº330), sendo que o documento integral da normativa fora aprovado na 11ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 2000, e publicado posteriormente diversas vezes, como documento base para tal.

Embasando-se no estudo dos atos normativos emitidos pelo Conselho Nacional de Saúde durante o período de 1991 a 2009, é possível afirmar que a temática da valorização do trabalhador não esteve em destaque diretamente na pauta formal. Entretanto, mesmo que em menor número, houve manifestações formais importantes, que contribuem direta ou indiretamente para a valorização do trabalhador da saúde. Dessa forma, e em consonância com os estudos de Menezes (2012), é possível afirmar que o Conselho Nacional de Saúde “vem reforçando a necessidade da luta em defesa do setor público universal, de qualidade, da garantia dos direitos trabalhistas e contra a terceirização e privatização” (2012:268).

4.3. Acerca dos espaços de democracia participativa no SUS

Os espaços de democracia participativa na saúde, legalmente inscritos como Conselhos e Conferências de Saúde, exercem importante papel, em que pese saber que estes não governam, estabelecem os parâmetros do interesse e da necessidade públicos para o governo (MENEZES, 2012). Dessa forma, ainda que motivo de divergências acerca de sua importância teórica e empírica, afirma-se que são espaços relevantes contra-hegemônicos da sociedade:

Os conselhos são fundamentais para a socialização da informação e formulação de políticas sociais, entretanto, têm que ser visualizados como uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica no país. (...) é um equívoco atribuir aos espaços de participação da sociedade o papel de agentes fundamentais na transformação do Estado e da sociedade (MENEZES, 2012: 262-263).

Nessa perspectiva, e em conjunto a outros espaços, os conselhos exercem uma contraposição árida na sociedade brasileira, visto que a tradição da política brasileira está assentada em processos autoritários, patrimonialistas e clientelistas, o que demonstra uma tensão constante no cotidiano das relações sociais para a implementação da participação social (FEDOZZI, 2001), nas palavras do autor:

Ocorre que o cunho patrimonialista caracterizador do Estado brasileiro, permeado pelo “jeitinho” como um traço de “identidade nacional” que se encontra presente nas interações políticas entre governantes e governados e em todos os níveis sociais e instituições da sociedade, impõe sérios obstáculos estruturais à cidadania, pois essa exige condições político-institucionais frontalmente contrárias as daquele, sendo as mais importantes: a separação entre as esferas “pública” e “privada”, o exercício impessoal do poder e o respeito ao *contrato social*, tomado aqui em sentido sociológico (FEDOZZI, 2001:23, grifos do autor).

Enfrentando as adversidades, esses fóruns participativos sofreram modificações. O Conselho Nacional de Saúde traz, em sua composição, representantes de atores estatais e societais, podendo dividir-se em governamentais, de mercado e sociais. Respectivamente, o Ministro da Saúde, como presidente do CNS³; os prestadores de serviços de saúde e empresários; os profissionais e trabalhadores da saúde e os membros de associações e movimentos sociais, de entidades de portadores de patologias e igrejas. Ao longo do tempo, e especificamente entre 1990 a 2006, houve modificações no número de representações, tendo aumentado significativamente o número referente aos profissionais e trabalhadores da saúde e dos membros de entidades de portadores de patologias e/ou segmentos sociais minoritários, que demonstram um empoderamento gradual na condução das pautas e decisões (CORTES, 2009b; 2009c).

Conforme expõe Cortes (2002), além das modificações de número e de segmentos representados no órgão, a partir dos anos 90 é observada uma mudança importante no papel desses espaços, com disputas acirradas pela condução das decisões e a tentativa de enfraquecimento das representações médicas e dos prestadores de serviços privados, resultando em uma retirada gradativa desses representantes:

Diferentemente do que ocorria na segunda metade dos anos oitenta, os conselhos e as conferências de saúde, na década de noventa, parecem ter deixado de ser o local principal de negociações e de mediação de interesses setoriais. Esses fóruns, entretanto, assumiram dois papéis institucionais fundamentais. Em primeiro lugar, nos conselhos e durante as conferências de saúde, articulavam-se às forças sociais favoráveis ao aprofundamento do processo de reforma do sistema. Em segundo lugar, a medida que o processo de municipalização se consolidava, eles passaram a ser o *locus* onde os representantes dos usuários – marcadamente dos moradores das regiões mais pobres das cidades – apresentavam suas demandas aos gestores públicos. A mediação entre projetos conflitantes para o setor parece estar ocorrendo, preferencialmente, nos gabinetes dos gestores públicos de saúde (CORTES, 2002: 36).

A estratégia empreendida pelos representantes de outras categorias profissionais e de segmentos sociais para o enfraquecimento das representações médicas e de prestadores privados de serviços acabou por enfraquecer o poder

³ Até 2006, a presidência do CNS era prerrogativa do Ministro da Saúde, após Decreto Presidencial (nº5839/2006), o cargo tornou-se eletivo, podendo ser exercida por qualquer membro do Conselho, eleito por seus pares.

político do próprio Conselho no processo decisório. Evidentemente, a autora explica que não há exclusão desses atores, há um deslocamento de arena política, no qual a influência é exercida diretamente sobre os gestores, através de canais formais e informais de pressão política, principalmente após 1993, com a criação das comissões intergestores (CORTES, 2002, 2009c).

A compreensão do papel desses espaços passa também pela análise do contexto das arenas políticas presentes na área da saúde. Nessa perspectiva, percebe-se a atuação de uma rede diversificada de atores e grupos, constituindo esses fóruns institucionalizados como subarenas de mediação e de decisão política. O conceito de arena política refere-se a espaço político conflituoso, no qual as relações entre os atores podem definir e redefinir as estruturas setoriais e o próprio papel dos atores e dos espaços, conforme expõe Cortes:

Essas arenas setoriais têm os governos e particularmente o Governo Federal como decisor fundamental em torno dos quais se organizam as disputas. O conceito remete às noções de processo, de transformação constante e de demarcação difusa de participantes e de fronteiras entre Estado e sociedade e entre setores de política pública (2009a: 1627).

Nessas arenas, formam-se comunidades de políticas, que “refere[m]-se a um número limitado e relativamente estável de membros que compartilham os mesmos valores e visão sobre quais deveriam ser os resultados da política setorial” (idem, 2009a). A atuação das comunidades de políticas se configura em redes políticas, relacionando-se com atores internos e externos à arena, como grupos de interesse, especialistas, governo ou seções do governo, conforme a área específica da política pública. Desta forma, pressupõe-se que há uma variedade de centros de decisão política, e estes nem sempre são visíveis no processo (CORTES, 2009a; 2009c).

Na área da saúde brasileira, a autora afirma que duas comunidades de políticas destacaram-se como forte influência no processo de decisão política federal a partir dos anos de 1970 e até a década de 80, a comunidade mais influente era formada por dirigentes públicos do INPS/INAMPS⁴, com fortes relações com a indústria farmacêutica, prestadores privados de serviços, empresas de medicina de grupo e organizações profissionais, principalmente da área médica. O fortalecimento e a expansão de serviços privados e vinculados à Previdência Social são resultantes

⁴ INPS – Instituto Nacional de Previdência Social e INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

dessa disputa. Em contrapartida, durante o período de 1980 a 1990, há outra comunidade que é fortalecida, chamada “movimento sanitário”, formada por acadêmicos, pesquisadores e profissionais da saúde, que desafiava o modelo anterior propondo uma organização única da prestação pública de serviços de saúde, com ênfase no cuidado primário, de acesso universal e descentralizado. Essa comunidade adquiriu muito destaque e influência sobre o governo federal, no contexto de redemocratização brasileira, que permitia a manifestação de outros movimentos e pela situação de crise econômica vivida no contexto mundial, sendo bem vindas estratégias de racionalização de gastos públicos.

Portanto, há os diversos centros de decisões políticas no processo de definição de agenda da política pública de saúde brasileira, reforçando-se a vertente teórica multicêntrica para a análise de políticas públicas. Ainda assim, pode considerar-se que as instituições e a ação dos atores estatais exercem importante influência para o estabelecimento de condições de funcionamento de mecanismos participativos, tendo a capacidade de acionar e reforçar a atuação dos atores envolvidos, nas palavras de Cortes:

Atores estatais favorecem a agregação de grupos em torno de políticas, influenciando o processo político em torno deles e seus resultados. Atores estatais e societais defrontam-se com condições que constroem e favorecem suas ações, construindo suas estratégias a partir de um número limitado de possibilidades. Eles constroem identidades políticas na defesa de determinadas questões e interesses e fazem escolhas estratégicas na seleção de atores parceiros, que ofereçam suporte para formulação e implementação de políticas de interesse comum (2009c: 112).

O processo de decisão política é complexo, sendo configurado e reconfigurado constantemente, conforme as relações/interações estabelecidas entre os atores estatais e societais, e entre cada um deles, nas arenas e subarenas dessa rede política, considerando-se as assimetrias de poder e os constrangimentos institucionais de funcionamentos. Com relação ao Conselho e às Conferências, esses:

(...) exercem importante papel ao fiscalizarem a implementação de ações, ao apresentarem demandas e propostas provenientes de entidades sociais e ao deliberarem sobre assuntos variados. Ao menos, nos casos do conselho e das Conferências Nacionais (...) funcionam também como espaços de congregação de atores individuais e coletivos na defesa dos princípios do SUS e como espaços de articulação de conselheiros. O CNS é ainda um dos lugares centrais de conexão entre participantes da rede da política de saúde e da nova comunidade que se formou ao final dos anos de 1990 (CORTES, 2009c: 119).

Desta forma, os Conselhos e as Conferências, com seus papéis importante como subarena política, não têm garantida posição estável no centro decisório, ou seja, não são os únicos espaços decisórios na área da saúde pública brasileira, mas têm relevância política das disputas na política pública de saúde.

5 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O TRABALHADOR DA SAÚDE

A partir da Constituição brasileira de 1988, várias práticas participativas foram impulsionadas e institucionalizadas por governos democráticos, principalmente durante o governo Lula (2003), como o plebiscito, o referendo, as conferências nacionais de políticas públicas, os conselhos nos três entes federados, as ouvidorias e as mesas de negociação. Esses espaços têm como objetivo ampliar as formas de manifestação da sociedade, para além do voto e da mediação de partidos políticos, acerca da coisa pública. Entretanto, conforme afirmam os autores Pogrebinski e Santos (2011), o aumento de canais de participação direta e deliberativa não significa o enfraquecimento do governo representativo, ao contrário, é considerado como um fortalecimento da democracia representativa e de suas instituições, dialogando constantemente.

As conferências destinam-se a deliberar sobre as diretrizes para formulação de políticas públicas, convocadas periodicamente pelo Poder Executivo, com a participação e acompanhamento dos Conselhos e Secretarias ou Ministérios respectivos. Estes espaços originaram-se na área da saúde, mas se tornaram amplos e abrangentes para novas áreas de políticas públicas, sendo cada vez mais inclusivas e frequentes, conforme afirmam Pogrebinski e Santos:

É também a partir de 2003, com o início do governo Lula, que se pode dizer que as conferências nacionais, inobstante o seu caráter consultivo e não vinculante, assumem feição propriamente participativa, deliberativa, normativa e representativa (2011: 262).

Os autores apresentam estudo acerca da relação entre as resoluções e deliberações das Conferências Nacionais de Políticas Públicas e seu impacto no legislativo. A partir dessa contribuição, as diretrizes aprovadas nas Conferências Nacionais de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde são relacionadas à análise de políticas públicas mapeadas no Poder Legislativo e Executivo, visando verificar esse diálogo e sinalizar o *locus* mais aproximado de formação da agenda nesta área.

5.1 Legislativo

Os argumentos dos autores Pogrebinschi e Santos (2011) para a construção do estudo e das afirmações acerca da influência e da importância das conferências nacionais de políticas públicas no parlamento brasileiro decorrem da retomada da multidimensionalidade do conflito político. Compreendo-se que “a participação e a deliberação podem ser tomadas como elementos constitutivos da representação política” (2011: 264), as conferências são consideradas como espaços em que estão concentrados diversos atores e interesses, que auxiliam o processo de decisão do legislador ao fornecerem múltiplas informações acerca do objeto da política pública em discussão, nem sempre disponíveis ou no centro dos debates entre Executivo e Legislativo, visto a tendência de atuação unidimensional da dinâmica da coalizão governamental, concentrando esforços em disputas de grandes blocos. Em suas palavras complementam:

(...) entre as atribuições centrais das conferências nacionais encontra-se a de coletar informações sobre as consequências da política proposta e, à luz de tais informações, fazer uma recomendação ao plenário. Essas atribuições fazem das conferências um poderoso agente informacional do Congresso. (2011: 271)

O papel das conferências nacionais é justamente o de, mediante práticas participativas e deliberativas, estruturar o processo decisório em torno de temas fundamentais, mas que pela sua própria natureza não fazem parte do core da agenda do Executivo (2011: 276).

Dessa forma, as conferências consistem em um agente da arena política, que, além de terem alcance nacional, tratam de temas que nem sempre estão nos pacotes prioritários dos governos, e ainda, suas diretrizes e recomendações são feitas ao governo, à sociedade e ao Congresso Nacional.

Para o embasamento da análise exposta, os autores construíram um banco de dados composto das diretrizes e proposições formuladas durante as conferências nacionais de políticas públicas entre 1988 a 2009⁵, comparando-as com as legislações em trâmite no Congresso Nacional. O banco de dados foi disponibilizado

⁵ Conforme Pogrebinschi e Santos (2011), o banco de dados compõem-se de 1.953 diretrizes e 3.750 proposições legislativas que receberam trâmite no Congresso Nacional. Foram consideradas 80 conferências nacionais entre 1988 e 2009, conforme os critérios de seleção que deveriam observar o caráter deliberativo, normativo e nacional da conferência. Acerca das diretrizes, foram descartadas as de cunho administrativo, que não propunham legislação, e aquelas que reforçavam legislações existentes, ou seja, consideraram para análise as diretrizes que demandavam ou impactariam, de alguma forma, em criação ou modificação de legislação.

ao público, como resultado da pesquisa, denominado ISEGORIA (www.mj.gov.br/isegoria).

Como conclusões convergentes ao presente estudo, a área da saúde é uma das mais privilegiadas nas proposições legislativas que se referem às diretrizes aprovadas em conferências, ressaltando-se, entretanto, que também é uma das mais antigas e mais institucionalizada na participação da sociedade na sua formulação e efetivação.

Outra afirmação importante, complementada pelo estudo de Petinelli (2011), refere-se ao incentivo desses canais democráticos participativos, sendo que durante o período de 1988 a 2002, 27 conferências nacionais foram organizadas, e entre 2003 a 2010, durante os dois governos Lula, foram realizadas 72, significando 65% do total de conferências. Ainda, Pogrebinski e Santos (2011) demonstram que, além do aumento quantitativo das conferências, há um correspondente diálogo e legislações destas derivadas, nas palavras dos autores:

Durante o exercício da Presidência de Luiz Inácio Lula da Silva, todavia, ocorre uma verdadeira explosão na produção legislativa com pertinência temática às resoluções estabelecidas nas conferências nacionais. De 2003 a 2008, nada menos do que 2.233 projetos tiveram tramitação iniciada nas duas Casas do Legislativo, (...), além de 163 PECs apresentadas, 216 leis aprovadas, e 6 emendas constitucionais promulgadas (POGREBINSCHI E SANTOS, 2011: 291-292).

Para o estudo da área específica de políticas públicas para a valorização do trabalhador da saúde, utilizando-se a mesma base de dados, verificaram-se os registros referentes às Conferências Nacionais de Recursos Humanos/Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, bem como de categorias temáticas relacionadas ao trabalho e ao trabalhador de saúde, inseridas nas Conferências Nacionais de Saúde. Descartaram-se conferências que mencionavam recursos humanos especificando as áreas de atuação, como saúde mental, indígena, entre outras, visto o objeto de pesquisa ser políticas que tenham abrangência a todos os trabalhadores.

Partindo-se para a análise geral dos dados apresentados no cruzamento das variáveis disponíveis, é possível verificar a correspondência entre: o total de 22 diretrizes listadas da Conferência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (1994) com 06 atos legislativos (27%); na Conferência Nacional da Gestão do

Trabalho e da Educação na Saúde (2006), houve 30 diretrizes listadas e 13 atos (43%); nas Conferências Nacionais de Saúde (2000 e 2003)⁶, foram apresentadas 19 diretrizes e 4 atos (21%).

Interessante perceber que, aparentemente, o percentual médio apresenta-se acima do identificado pelos autores para a área da saúde em geral, que fica em aproximadamente 23,5% por pertinência temática. Verifica-se, entretanto, no caso das duas primeiras conferências nacionais analisadas, que alguns atos legislativos dizem respeito a apenas uma diretriz, referindo-se ao Plano de Cargos, Carreiras e Salários para a saúde, de forma que, se agrupados, os quantitativos se modificam.

Ao se aplicar um filtro mais específico para a temática *Valorização do trabalhador*, de acordo com as categorias de análise identificadas no início deste estudo, o quantitativo se reduz novamente. E, aprofundando mais um nível na análise, percebe-se que estes mesmos atos agrupados anteriormente estão registrados em duplicidade em ambas as conferências.

Dessa forma, o número de diretrizes específicas para a categoria Valorização do trabalhador totaliza 30 (trinta) proposições, sendo contabilizado, após os agrupamentos temáticos e descartando as repetições, apenas 01 (uma) referência legislativa, significando 3,33%. O panorama quantitativo é sistematizado na tabela a seguir.

⁶ As palavras-chaves utilizadas relacionadas à pesquisa, as quais apresentaram diretrizes cadastradas foram: Recursos Humanos, Relações de Trabalho e Trabalho na Saúde.

Tabela 01: Conferências/Diretrizes e atos legislativos relacionados

| | Conferência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde | Conferência Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde | Conferências Nacionais de Saúde |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------|
| Nº de Diretrizes (geral) | 22 | 30 | 19 |
| Atos Legislativos (geral) | | | |
| Lei Ordinária | 1 | 3 | 2 |
| Projeto de Lei | 1 | 6 | 1 |
| Projeto de Lei Complementar | | 1 | |
| Projeto de Emenda Constitucional | 4 | 3 | |
| Emenda Constitucional | | | 1 |
| Total de atos legislativos | 6 (27%) | 13 (43%) | 4 (21%) |
| Total de atos agrupados* | 2 (9%) | 9 (30%) | 4 (21%) |
| Nº de Diretrizes (específicas) | | | |
| Total de atos agrupados** | 9 | 16 | 5 |
| | | 1 | 0 |

Fonte: Elaboração própria, dados brutos base de dados ISEGORIA.

* primeiro agrupamento

** segundo agrupamento

Analisando-se qualitativamente, as diretrizes registradas no banco de dados são abrangentes e importantes e, em síntese, abordam repasse de recursos para a área de formação e desenvolvimento dos trabalhadores; a importância da Política Nacional de Educação Permanente; a implantação de Política de Humanização no Trabalho; o estabelecimento de Política de Gestão do Trabalho e Educação; a importância da gestão democrática do trabalho e da negociação coletiva; a centralidade da valorização do trabalhador da saúde; a criação de sistema de informações acerca do trabalho em saúde; o uso de gratificações para fixação e interiorização de profissionais em áreas de difícil acesso; a redução de jornada de trabalho para todos os trabalhadores da saúde (máxima de 30 horas semanais); a regulamentação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos da Saúde (NOB-RH/SUS) e a implantação de Plano de Cargos, Carreiras e Salários para o SUS. Esta última diretriz foi a que recebeu atenção diferenciada e obteve o encaminhamento legislativo.

Algumas considerações podem ser feitas. Em primeiro lugar, somente as duas conferências nacionais de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde⁷ citadas apresentam juntas um total de 690 proposições, abrangendo uma grande diversidade e complexidade de temas. Em segundo lugar, dessas proposições, as consideradas como diretrizes que poderiam impactar no legislativo de alguma forma, conforme os critérios da pesquisa utilizada pelos autores Pogrebinschi e Santos (2011), totalizaram 71, e utilizando-se um filtro conforme a categoria “Valorização do Trabalhador”, resultam em 30. Relacionando-se, ainda, que o universo – relevantemente considerável – de encaminhamentos legislativos relacionados à política pública da saúde foi listado como 953 (23,5%), apenas um tema, dentre os relacionados à subárea da saúde em pesquisa, obteve resposta legislativa. Afirma-se, portanto, que as conferências nacionais que envolvem em específico a temática da valorização do trabalhador não incidem significativamente no Poder Legislativo.

Em estudo realizado por Petinelli (2011), novamente é referida a importância das conferências para a formação da agenda das políticas públicas no âmbito do governo federal, considerando a ressalva de que cada temática tem capacidade inclusiva diferenciada nas decisões governamentais, conforme alguns critérios sintetizados, como a temática relacionada aos marcos legais constitucionais, a finalidade (social, administrativa ou econômica) e os movimentos sociais envolvidos.

A autora demonstra, de acordo com sua pesquisa, que há um considerável grau de incorporação das proposições e deliberações das conferências estudadas na agenda das políticas públicas federais, variando de 43% a 55%, conforme a área⁸, centralidade na agenda, capacidade de impacto na economia e grupos de interesse presentes. Esses índices contribuem para a afirmação de que as conferências influenciam de maneira eficiente a agenda. Refere, ainda:

(...) que o fato de uma conferência ser consultiva não significa, necessariamente, que ela não terá capacidade de influenciar a agenda governamental, (...). Assim como as conferências deliberativas, as conferências consultivas, analisadas neste artigo, também se mostram capazes de influenciar, em alguma medida, a formação da agenda do governo federal (2011: 247).

⁷ Em 1986 ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos.

⁸ As conferências nacionais estudadas pela autora foram: aquicultura e pesca, de políticas para mulheres e de políticas de promoção da igualdade racial.

O diferencial da pesquisa de Petinelli é que considera a agenda governamental incluindo o Poder Executivo, a partir da análise de documentos das Secretarias e Ministérios relacionados, bem como os programas por estes desenvolvidos. Dessa forma, compreende-se como necessário abranger as ações do Ministério da Saúde e da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde para verificar a existência de ações na área da *Valorização do Trabalhador da Saúde* que dialogam com as reivindicações históricas dos trabalhadores da saúde, expressas nas conferências nacionais estudadas.

5.2 Executivo

O estudo de formação de agenda não pode prescindir de visualizar o contexto histórico no qual se desenvolve. No caso da influência das conferências na agenda política governamental, resgata-se que essas foram criadas no governo Vargas, em 1937, com o objetivo de facilitar e orientar o Governo Federal acerca da política pública de saúde. Desde esse período, várias conferências têm sido realizadas pelos Ministérios ou Secretarias da área, com o apoio do Conselho a eles vinculado. Entretanto, conforme o estudo de Petinelli (2011), a importância desses espaços foi ressaltada:

Nos dois governos Lula, esses espaços passaram a contar também com o suporte da Secretaria Geral da Presidência da República (SGPR) tanto na organização dos encontros, como no diálogo com o Governo Federal. Assim, as conferências se tornaram as principais instâncias de proposição de novas diretrizes de políticas públicas para compor o Plano Plurianual de Ação (PPA) do governo e de monitoramento e avaliação das ações governamentais nas três esferas da Federação (2011: 231).

Essa afirmação complementa o exposto até o momento, como um dos períodos de maior produção de resoluções do Conselho Nacional de Saúde, e também o período em que houve maior atividade de encaminhamentos legislativos referentes às conferências de políticas públicas, o que permite afirmar ser um contexto favorável para a reivindicação e conquistas na área da democracia participativa.

A questão dos recursos humanos no Poder Executivo brasileiro, conforme expõe Garcia (2010), até 2003, era responsabilidade da Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, da Secretaria de Assistência à

Saúde, que era vinculada “à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, e por fim, à Secretaria de Políticas de Saúde, fazendo parte do terceiro escalão da estrutura ministerial” (2010:60). Entretanto, ainda assim, apresentava programas nacionais significativos, como:

- a) A Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde (ObservaRH), com o objetivo de produzir estudos e pesquisas referentes ao trabalho e a educação em saúde, embasando avaliações, controle social e formulação de políticas na área, mantido até os dias atuais;
- b) O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), para a qualificação e profissionalização de pessoal da área da enfermagem, enfocando a área técnica, retomado e ampliado em 2009⁹ sob o nome de Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde (Profaps), envolvendo também as áreas de análises clínicas, citopatologia, equipamentos biomédicos, hemoterapia, órteses e próteses, prótese dentária, saúde bucal, radiologia e vigilância em saúde (BRASIL, 2012b);
- c) O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), com o objetivo de levar médicos e enfermeiros a áreas de difícil acesso e de alta vulnerabilidade, com incentivos financeiros como bolsas e com programa de formação em Saúde da Família vinculado. Este programa foi extinto em 2003, mas atualmente, em 2011¹⁰, um programa semelhante foi implantado, ampliando para a área de odontologia, sob o nome de Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab);
- d) O Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED), buscando maior aproximação entre os conteúdos dos currículos das escolas de medicina com as necessidades da população a ser atendida, descentralizando o foco da unidade hospitalar e atendimento individualizado para a atenção básica. Este programa serviu de base para o atual Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em

⁹ Portaria GM/MS nº 3.189/2009; nº 1.626/2010 e nº 1.307/2011.

¹⁰ Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011.

Saúde (Pró-Saúde), instituído em 2005¹¹, com a participação de diversos cursos superiores da área da saúde.

É possível verificar que esses programas foram mantidos, retomados ou ampliados, mantendo uma linha de continuidade, demonstrando relevância e acerto na análise da demanda.

Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde resolve pela aplicação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), documento que reforça a centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho no setor saúde e já demonstra o novo cenário para a questão da valorização do trabalhador na agenda política. É também neste ano, durante o governo Lula, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, conforme Garcia “ao primeiro escalão” (2010: 63), que se observa a maior importância da temática de recursos humanos no Poder Executivo. A definição das ações de valorização do trabalho e do trabalhador é concentrada nesta Secretaria, que tem como objetivo definir e articular a política de gestão do trabalho e da educação em saúde com as instâncias federativas, todas com suas atribuições de gestão no SUS, tendo como principal documento norteador a NOB/RH-SUS. A institucionalização da SGTES traz fôlego para a temática, resultando em um maior acompanhamento das ações e também novos programas.

A partir dessa iniciativa, o MS assume efetivamente seu papel de gestor federal do SUS, no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em saúde e ao planejamento, gestão e regulação da força de trabalho em saúde (Garcia, 2010: 63-64).

A questão da gestão do trabalho na saúde ganha maior visibilidade e atenção, indo ao encontro das discussões no cenário mundial, no qual os recursos humanos estão na centralidade da discussão, como item crítico e importante da qualidade dos serviços de saúde e alcance de metas na saúde (ROLLO, 2009; GARCIA, 2010).

Como principais avanços na área, considerando os estudos de Rollo (2009), Garcia (2010) e as publicações do Ministério da Saúde, da SGTES e do Conselho

¹¹ Portarias: Interministerial nº 2.101/2005; nº 2.530/2005; Conjunta nº 48/2006; Interministerial nº 3.019/2007; nº 07/2008; nº 1.282/2008 e nº 06/2012.

Nacional de Saúde, é possível verificar, além dos programas já citados, a existência de muitos acúmulos e ações vinculadas ao Executivo, como:

- * Aprovação dos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS), pelo Conselho Nacional de Saúde através da resolução nº 330/2003, publicada em várias edições em conjunto com MS (CNS, Resoluções; MS, 2005);
- * Criação de uma Comissão Especial para Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS (PCCS), portaria nº 626/2004/GM, que para a discussão de diretrizes nacionais publicou o documento “Proposta Preliminar para Discussão Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS”, em 2005 (ROLLO, 2009);
- * Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, reinstalada em 1997, através da resolução nº229/CNS, e novamente ratificada em 2003, resolução nº331/CNS, como espaço paritário entre gestores e trabalhadores para negociação de políticas abrangentes para o trabalho em saúde, tendo aprovado vários protocolos, como: de instalação das Mesas Estaduais e Municipais, do Sistema Nacional de Negociação Permanente no SUS, do protocolo de Diretrizes Nacionais para a Instituição de PCCS no SUS, entre outros (CNS, Resoluções; ROLLO, 2009).
- * Criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, vinculado ao Programa DesprecarizaSUS¹², fórum composto por diversos Ministérios (Saúde, Planejamento, Orçamento e Gestão, Planejamento e Emprego), pelo CONASS e CONASEMS e representantes de entidades sindicais, com o objetivo de propor soluções para o enfrentamento de situações precárias de ingresso e condições de trabalho (SGTES, 2012);
- * A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), sendo o termo humanização definido como “a valorização dos diferentes

¹² Portaria MS/GM nº 2.430/2003.

sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde” (SGTES, 2005:63), e dentre as diretrizes da política, está “Valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde”, enfocando a responsabilização, o compromisso, a gestão participativa, o trabalho em equipe multiprofissional e a educação permanente (MS, HumanizaSUS, 2004; ROLLO, 2009);

- * O Pacto pela Saúde¹³, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite do SUS em 2006, que congrega o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Conforme Garcia, o Pacto de Gestão “configura-se numa proposta de construção de consensos na gestão do trabalho e da educação na saúde e, pela primeira vez, assegura recursos para essas duas áreas” (2010:48). Este documento fornece subsídios para a organização de práticas de gestão, definindo diretrizes em consonância aos demais documentos já apresentados, e às categorias de “Valorização do trabalhador” definidas neste estudo, e estabelece pactuações em todos os níveis federativos de gestão. Segundo Garcia, é possível observar frutos a partir dessa pactuação, como o surgimento de estruturas locais para a gestão do trabalho e da educação, a criação de mesas de negociação, a participação maior de gestores em reuniões e em fóruns para a discussão da temática, e ainda, aponta uma maior dedicação do Ministério Público do Trabalho e do Congresso Nacional para essas questões (GARCIA, 2010);
- * Política Nacional de Educação Permanente¹⁴, com o objetivo de implementar a educação permanente aos trabalhadores do SUS, como estratégia de transformação das práticas de formação, atenção e gestão, baseando-se na construção de respostas conjuntas às reflexões do cotidiano no próprio processo de trabalho. Conta com a cooperação técnica da SGTES e condução regional das Comissões Intergestores Regionais e Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES);

¹³ Portarias: nº 399/2006, nº 698 e nº699/2006, do Ministério da Saúde.

¹⁴ Portarias GM/MS: nº 1.996/2007; nº 2.813/2008; nº 2.953/2009; nº4.033/2010 e nº 2.200/2011.

- * Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes¹⁵, que se constitui como processo de consultorias, diagnósticos e educação a partir de plataforma informatizada, na qual perguntas e respostas podem ser rapidamente realizadas, contando com equipes de especialistas e núcleos técnico-científicos, reduzindo os custos, qualificando os serviços e melhorando a comunicação entre diferentes saberes;
- * Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)¹⁶, que trabalha a partir da formação de grupos de aprendizagem tutorial, integrando ensino-serviço, envolvendo docentes, estudantes e profissionais da saúde. O programa oferece bolsas de monitoria, preceptoria e tutoria acadêmica, e busca a produção de conhecimento em áreas estratégicas para o SUS;
- * Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS)¹⁷, instituída por Decreto Presidencial (nº 7.385/2010) que estabelece a coordenação pelo MS por meio da SGTES, e parceira com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). A UnA-SUS oferece vagas em cursos e ações na área de educação, contribuindo com o processo de educação permanente dos trabalhadores do SUS, como cursos de especialização, aperfeiçoamento e qualificação. As demandas de qualificação são apresentadas à SGTES, que contrata vagas em instituições públicas de educação superior. É ofertado também acervo de recursos educacionais na rede de internet e a Plataforma Arouca, com base de dados nacional acerca da formação dos profissionais da saúde;
- * Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)¹⁸, que desenvolve ações para a criação e fortalecimento da gestão do trabalho e da educação no SUS, buscando “a efetiva valorização dos profissionais de saúde e realizar estudos e pesquisas sobre o trabalho na saúde” (SGTES, 2012:31), bem como a articulação com ações de democratização das relações de trabalho para a

¹⁵ Portaria MS/GM nº 2.546/2011.

¹⁶ Portarias Interministeriais nº 421 e 422/2010; Portarias Conjuntas nº 02, 03 e 06/2010; Portaria nº 04/2010 e nº 06/2012.

¹⁷ Portarias Interministeriais: nº 1.277/2011 e nº 1.387/2011.

¹⁸ Portaria MD/GM nº 2.261/2006.

qualificação da gestão, e incentivando práticas inovadoras na área. A SGTES presta assessoria técnica e financeira para tal. Uma das ações relacionadas pode ser identificada como o Prêmio InovaSUS – Práticas inovadoras de gestão do trabalho na saúde (MS/DEGERTS), que ofereceu em 2011 valor monetário para projetos locais que estivessem em consonância aos objetivos de fortalecimento da valorização do trabalhador, negociação, avaliação, desprecarização do trabalho, entre outras;

- * Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (Sistrabalho), que busca congrega informações sobre condições de trabalho em saúde, de forma a embasar estudos e políticas na área, como uma ferramenta de gestão. Esse sistema de informações está em processo de construção, e visa poder ser utilizado em conjunto aos países do Mercosul.

Os programas e ações fazem parte de diversas iniciativas possíveis de serem verificadas como vinculadas ao Poder Executivo, das quais foram destacadas as mais diretamente relacionadas ao conceito de “Valorização do trabalhador”, perpassando os diversos eixos temáticos definidos neste estudo, e possibilitando a afirmação de que, conforme Garcia:

(...) se pode observar é que os investimentos técnicos, políticos e financeiros despendidos para indução de medidas organizativas da gestão do trabalho e da educação nas demais esferas do SUS representam, sem sombra de dúvidas, uma inflexão neste campo (2010:72).

E ainda, acerca do papel das conferências nacionais:

De maneira geral, é possível afirmar que as conferências públicas não apenas têm influenciado a formação da agenda de políticas públicas do governo federal, como também o têm feito de maneira relativamente eficiente, uma vez que parte expressiva das propostas aprovadas tem sido incorporada nos programas do governo federal (GARCIA, 2010: 248).

Diante do contexto favorável a essa inflexão, conforme já demonstrado, e muitos avanços no desenvolvimento e formulação de políticas e programas para o fortalecimento da temática na agenda governamental, verifica-se que a temática está na agenda do governo e, principalmente, do Executivo.

Ao ser definido o *locus* da formulação das políticas públicas na área de valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, o foco da análise pode ser direcionado ao campo da movimentação política nos espaços de democracia participativa. As formas como as disputas e as alianças se configuram na arena política em termos gerais, como os grupos de interesse se movimentam nas Conferências, nos Conselhos, nas Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite, as relações entre estes e os agentes do governo no Poder Legislativo e Executivo estão em um universo ainda a ser estudado com maior profundidade, espaço que poderá ser dedicado em pesquisas futuras.

Conforme o exposto, a agenda positiva para a temática é existente e explícita a multacentralidade da construção das políticas públicas, considerando diversos atores e espaços participativos. Ainda permanece o desafio de trilhar caminhos de maior capilarização e efetividade desses nas experiências regionais e locais. O debate acerca da valorização do trabalho e do trabalhador na saúde, apesar de ser encontrado nos documentos iniciais da história da política pública de saúde no Brasil, ainda não conta uma década da institucionalização de Secretaria específica e de relevância reconhecida na estrutura do Ministério da Saúde. Além disso, as negociações trabalhistas, de proteção e promoção de ambientes saudáveis de trabalho, de construção de planos de Carreira, de avaliação de desempenho/desenvolvimento, de planejamento do trabalho e de metas, de construção coletiva e multiprofissional, entre outros aspectos, não se constituem ausentes de conflitos.

As discussões e debates acerca dessas subáreas são recentes e constituem uma mudança de perspectiva, que desacomoda e tensiona, que retoma a centralidade do trabalho, da criação, da responsabilização e da construção coletiva em equipes, o que é desafio constante aos gestores e trabalhadores do sistema. Em termos gerais de políticas públicas, considera-se como grande o acúmulo teórico e normativo, entretanto, é necessária uma maturação do debate cotidiano nos ambientes locais de trabalho, ou seja, as conquistas normativas e de políticas públicas na área cumprem seu papel de institucionalização de novas práticas, mas ainda há muitos obstáculos instituídos no universo da saúde a serem superados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A centralidade da categoria trabalho é enfocada, no presente estudo, como linha mestra para a análise das políticas públicas de valorização dos trabalhadores da saúde. Como vertente teórica, apresenta-se a concepção de trabalho em Marx, afirmando-se que este atribui valor às coisas, que qualifica de humano o ser que o desenvolve e o insere no mundo das relações sociais, sendo assim, a expressão da vida, na qual o homem transforma a natureza e a si mesmo. Em complementaridade, Cattani (1999) afirma que a partir do trabalho o homem constrói sua identidade pessoal e social, localizando-o no contexto das relações sociais.

No contexto de desenvolvimento capitalista, a crítica desenvolvida por Marx e seguida por Antunes (2005, 2008) direciona-se à redução do trabalho a uma mercadoria, à sua venda e à apropriação privada exploratória, sendo a *classe-que-vive-do-trabalho* um conceito atual que compreende todas as formas de relação de produção de *mais-valia*, mesmo que indiretamente, ou seja, abrangendo as diferentes organizações e vínculos, o conceito de trabalho imaterial e de trabalhadores do setor de serviços, incluindo os públicos.

A relação entre homem e trabalho torna-se uma forma penosa de subsistência, reduzindo-se a emprego, com configurações extremas diversas, precarização das condições de trabalho e a alienação. Na área da saúde, os desafios são apontados em pesquisas como a realizada pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) em 2004, apresentando contratos de trabalho precários, ausência de planos de carreiras, baixa remuneração, dificuldades de acesso e fixação nos equipamentos de saúde, inexistência de programas de educação, entre outros aspectos que estão em consonância com as análises da situação do trabalho, em que pese o grande contingente de trabalhadores da área, somando 1,5 milhão de empregados públicos e 1,1 milhão privados, participando do SUS complementarmente (GARCIA, 2010).

O trabalho em saúde ainda apresenta especificidades que contribuem negativamente para o quadro, como a característica de atendimento cotidiano a pessoas em situações de sofrimento, violências, luto, bem como jornadas extenuantes, doenças e lesões vinculadas aos esforços repetitivos, conforme o

estudo das principais causas de afastamentos, destacando-se as doenças osteomusculares e de saúde mental (ROLLO, 2009).

A modificação do olhar e a retomada da importância do trabalhador, no contexto da saúde pública brasileira, podem ser definidas como um processo, no qual se verifica a congruência de diversos fatores. Em síntese, identifica-se, em primeiro lugar, a abordagem administrativa do “novo gerencialismo público”, que na busca da eficiência dos serviços orienta o corte de gastos, as desregulamentações e as privatizações, a partir da década de 1990, o que agravou os problemas das condições de trabalho e da assistência à saúde da população. Em segundo lugar, a magnitude da área da saúde e do número de trabalhadores. Em terceiro lugar, o reconhecimento de que os recursos humanos são estratégicos para a efetividade dos sistemas, planejamento e cumprimento de metas, bem como para operacionalizar as mudanças nestes, o que é evidenciado na agenda mundial pela escolha da Organização Mundial da Saúde (OMS) do período de 2006 a 2015 como a década dos recursos humanos. Em quarto lugar, há um acúmulo de reivindicações históricas dos trabalhadores da saúde e de suas representações, conforme demonstrado nos documentos das conferências nacionais de saúde e específicas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, e em algumas iniciativas do Conselho Nacional de Saúde. E em quinto lugar, o contexto favorável do governo de Luiz Inácio Lula da Silva expressamente simpático às reivindicações dos trabalhadores e ao papel do Estado como promotor de políticas públicas, no período de 2003 a 2010.

Esses aspectos não pretendem esgotar a complexidade de um processo de modificação e de maturação da importância social e do olhar para o trabalhador, e sim, trazer para o debate fatores identificados como importantes para a retomada da centralidade do trabalho no debate político.

A categoria de análise construída como “Valorização do Trabalho e do Trabalhador” da saúde é derivada da própria categoria trabalho marxiana, de forma a contemplar o estudo de políticas e ações que retomam a busca do sentido do trabalho como constituinte do humano, em contraposição ao algoz em que ele foi transformado na sociedade capitalista. Pode ser compreendida como estratégias e dispositivos para ampliar a condição de direitos e de cidadania, para a

reorganização dos processos e relações de trabalho, para a diminuição da alienação do trabalho, para a articulação entre autonomia e responsabilidade e para a valorização da criação singular, que remete ao processo de identidade e de produção, conforme o conceito de Obra de Campos (1998). Desta forma, em essência pode ser definida como a busca do sentido do trabalho, como expõe Antunes: “uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho” (2005:65).

Para orientar a pesquisa das políticas na área de valorização do trabalhador, foram adaptados eixos de atuação, embasados nas dimensões de Santos-Filho (2009), com os dispositivos e as ações associadas: a) Gestão participativa; b) Trabalho em equipe multiprofissional; c) Planejamento e avaliação do trabalho; d) Escuta do trabalhador; e) Educação permanente; f) Inserção e vínculo ao trabalho. Esses eixos, transversais no presente estudo, contemplam o resgate da centralidade do trabalhador, visto que buscam valorizar os diferentes saberes, a construção de conhecimento coletivo sobre o processo do cuidado, o trabalho em equipe, o sentido de pertencimento a uma equipe e a um processo encadeado na ampla rede de cuidados da saúde; o compartilhamento de poder, de decisões e de responsabilidades; a possibilidade de educação permanente nos ambientes de trabalho e o acesso a atividades para formação e qualificação; os processos de avaliação e autoavaliação/reflexão permanentes; a valorização da carreira, as condições de contratação de pessoal, que ofereçam estabilidade e segurança; de ambiente de trabalho adequado, entre outros aspectos.

O estudo de políticas públicas também necessita de uma delimitação ou estabelecimento de parâmetros para a sua conceituação. Conforme apresentado, compreende-se que a qualificação de “públicas” para uma política é vinculada à identificação de problemas coletivamente relevantes a serem impactados pelas ações, ou seja, a definição desloca-se do agente para a finalidade da política. Esta abordagem é utilizada pelas teorias multicêntricas, de forma a contemplar a diversidade de atores envolvidos na formulação e implementação das políticas públicas, como os movimentos sociais, as organizações não-estatais, levando-se em consideração as tensões sociais e políticas existentes e as formas de Controle Social, não se restringindo ao protagonismo Estatal ou governamental.

Nesse sentido, é verificada a atuação de diversos grupos de interesses e atores nas arenas políticas e, em especial, conforme abordado, na área da saúde. As relações estabelecidas nas disputas e alianças que envolvem a temática da saúde e a da valorização do trabalhador da saúde remontam a história da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com o movimento da Reforma Sanitária e outros movimentos sociais vinculados às representações de trabalhadores e outros grupos da sociedade.

Embasando-se no estudo apresentado, afirma-se que a participação de diversos movimentos sociais e atores políticos no processo de democratização da saúde pública brasileira foi fundamental para a implementação de formas de gestão participativa e da legitimação do Controle Social das ações do Estado. A instituição legal, na Constituição Federal de 1988, dos espaços de Controle Social, como as Conferências Nacionais de Saúde e o Conselho Nacional – e os conselhos dos estados e municípios, com as atribuições de fiscalizar e orientar as políticas públicas, espelha a luta e a afirmação da democracia participativa, bem como a importância e a influência decisiva desses espaços na construção das ações em saúde.

A capacidade de influência das Conferências Nacionais de Saúde e específicas da área de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, área em que se encontra o centro das discussões e ações na temática de valorização do trabalhador, para a construção da agenda no Poder Legislativo e no Poder Executivo, foi pesquisada a partir do cruzamento de dados e informações acerca das diretrizes, proposições e recomendações dos fóruns e dos atos documentados vinculados aos Poderes.

No Poder Legislativo, essa influência na agenda não foi identificada como relevante. A importância da área da saúde, de forma ampla, é apontada pelos autores Pogrebinski e Santos (2011), porém, para a categoria Valorização do trabalhador, das 30 (trinta) proposições vinculadas a diretrizes, houve apenas 01 (uma) referência legislativa, significando 3,33%, de forma a não incidir significativamente neste Poder.

Entretanto, já nas ações do Poder Executivo, é identificada uma consonância e correspondência positiva e importante com as diretrizes apontadas nas

Conferências para a temática. O período identificado como de maior responsabilidade estatal às reivindicações e às lutas históricas dos trabalhadores foi durante o governo Lula (2003-2010), no qual, para além do discurso evidentemente alinhado às demandas sociais, apresentou dados concretos acerca das ações e políticas implementadas durante a gestão.

A institucionalização da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, em 2003, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, responsável por definir diretrizes nacionais para a gestão e regulação do trabalho na saúde, bem como por implantar ações e incentivos para tal, demonstra a grande importância e visibilidade alcançada pela área durante esses anos, na agenda brasileira e em consonância à agenda mundial.

A influência do Controle Social no Poder Executivo brasileiro foi identificada, possibilitando afirmar que o *locus* da formação da agenda na área de políticas públicas para o trabalhador da saúde está vinculado ao Poder Executivo. Entretanto, tendo em vista a pluralidade de movimentos sociais, grupos de interesses e atores políticos e econômicos envolvidos, bem como a pulverização de espaços de gestão participativa e controle social, dificulta a visualização das relações de aliança e disputas, sendo necessário um aprofundamento maior em estudos futuros.

Conforme apresentado, a linha de confluência traçada através dos marcos teóricos utilizados, ou seja, o resgate da categoria trabalho, em Marx; a concepção de recurso e oposição na Democracia de Touraine; a importante resignificação do conceito de Controle Social e a localização do processo de formação de agenda no ciclo de Políticas Públicas auxilia a compreensão da complexidade do tema denominado “Valorização do Trabalhador”, ainda que de forma tênue e aberta a maiores aprofundamentos. A questão construída para o presente estudo busca contribuir com o conhecimento acerca da importância da retomada do sentido do trabalho humano em uma sociedade capitalista e de instituições políticas democráticas, marcada por disputas políticas na construção da agenda e, ao mesmo tempo, buscando a consolidação de uma política pública de saúde qualificada.

A área de políticas públicas, aqui denominada como valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, pode ser considerada como instituída recentemente na história brasileira, em que pese a trajetória de luta evidenciada no eixo “recursos

humanos” na saúde. Ainda que apresentados diversos programas e ações, a efetividade desses necessita de maior tempo de maturação e investigação de seus impactos. A mudança de perspectiva que implica a valorização do trabalho é tensa, visto que desacomoda as práticas instituídas do processo de trabalho, como a preponderância de algumas profissões/saberes sobre outros, o trabalho contabilizado por produção, a ausência de planejamento, a precarização de vínculos e condições de trabalho. A retomada do sentido do trabalho, da identidade, da autonomia e responsabilidade, da criação, do trabalho vivo está em processo, mas o enfrentamento da alienação e das formas de exploração, conforme a teoria marxiana, permanece como desafio cotidiano para a *classe-que-vive-do-trabalho*, incluindo-se os trabalhadores da saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMOND, Gabriel. The intellectual history of civic culture concept. In: ALMOND, Gabriel; VERBA, Sidney (Ed.). *The civic culture revisited*. London: Sage, 1989. p. 1-36.
- ALVAREZ, Marcos César. Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. *Rev. São Paulo em Perspectiva*, 18(1): p. 168-176, 2004.
- ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As Mutações no Mundo do Trabalho na Era da Mundialização do Capital. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 19 de dez. de 2009.
- ANTUNES, Ricardo. *O Caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- ANTUNES, Ricardo. As Formas de padecimento no trabalho. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.17, n.4, p.7-10, 2008.
- AYALA, Arlene L. M.; OLIVEIRA, Walter Ferreira de.. A Divisão do Trabalho no Setor de Saúde e a Relação Social de Tensão entre Trabalhadores e Gestores. In: *Trabalho, Educação e Saúde*, vol.5, n.2 (2007) – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007, pp.217-241.
- AZAMBUJA, Darcy. *Teoria Geral do Estado*. 4 ed. São Paulo: Globo, 2008.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Coimbra, Portugal: Edições 70, 2009.
- BENJAMIN, César (et. al.). *A Opção Brasileira*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1998.
- BOIX, Carles. A theory of political transition. In BOIX, Carles. *Democracy and Redistribution*. New York: Cambridge University Press, 2003 p. 19-59.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resoluções*. Disponíveis em <http://conselho.saude.gov.br>.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de Outubro de 1988*.
- BRASIL. Congresso. *Lei 8.080* de 19 de Setembro de 1990.
- BRASIL. Congresso. *Lei 8.142* de 28 de Dezembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferência Nacional de Saúde, 8ª. Relatório Final*, março de 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final*. Brasília, outubro de 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final. In: *Cadernos RH Saúde*, Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, v.1, n. 1, Brasília, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília: Editora do MS, 2007.

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

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 de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Cadernos ProgeSUS; 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva* do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Gestão do Trabalho na Saúde*. Brasília : CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário Temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 44p (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES: políticas e ações*. 1 ed., 1 reimp., Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 32p. (b)

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998. Disponível em www.scielo.br, acesso em 30/08/2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apresentação. In: SANTOS-FILHO, Serafim; BARROS de BARROS, Maria Elizabeth (orgs.). *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009.

CAMPOS, F. E.; PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H.. Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. In: *Cadernos RH Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – v.3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASTRO, Celso Antônio Pinheiro de. *Sociologia do Direito: fundamentos de sociologia geral; sociologia aplicada ao direito*. São Paulo: Atlas, 1996.

CATTANI, Antonio David (org.) *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. Porto Alegre: Ed da Universidade; Petrópolis: Ed Vozes, 1999.

- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(3):557-566, mar, 2010.
- COHEN, S. The critical discourse on “social control”: notes on the concept as a hammer. *International Journal of the Sociology of Law*, v.17, n.3, august, 1989, p.347-357.
- COHN, Amélia. Notas sobre Estado, políticas públicas e saúde. In: GERSCHMAN, Sílvia e VIANNA, Maria Lúcia W (Org.). *A Miragem da Pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, pp. 101-113.
- COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E.. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5.ed., São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.
- CORTES, Soraya M.V.. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7), jul, 2009a, p.1626-1633.
- CORTES, Soraya M.V.. (org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009 b.
- CORTES, Soraya M.V.. Conselhos e Conferências de Saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S; LOBATO, L. V. C. (orgs). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009 c.
- CORTES, Soraya M.V.. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Rev. Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 18-49.
- COSTA, Nilson do Rosário. Políticas Públicas, Direitos e Interesses: Reforma Sanitária e organização sindical no Brasil. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.
- DUEBEL, André-Noel Roth. Conceptos, teorías y herramientas para el análisis de las políticas públicas. In: *Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación*. Bogota: Ediciones Aurora, 2003, p 9-55
- DURKHEIM, Émile. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Ed. Nacional, 1985.
- SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R. do; EDLER, Flavio C.. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.) *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 59-81.
- SCOREL, Sarah; BLOCH, Renata A. de. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade (org.) *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 83-119.
- FEDOZZI, Luciano. *Orçamento Participativo: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre*. Tomo Editorial, RJ: UFRJ/IPPUR, 2001.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E.E.. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

GARCIA, Ana Cláudia Pinheiro. *Gestão do Trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social - UFRJ: Rio de Janeiro, 2010.

HIRST, Paul. *A Democracia representativa e seus limites*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992, p. 7-46.

INGLEHART, Ronald and NORRIS, Pippa. Comparing secularization worldwide. In: INGLEHART, Ronald and NORRIS, Pippa. *Sacred and Secular: religion and politics worldwide*. Cambridge: Cambridge University Press. 2004, Chapter 3.

LINDBLOM, Charles E. *O Processo de Decisão Política*. Trad. de Sérgio Bath. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

LIJPHART, Arend. *Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

LIJPHART, Arend. *The puzzle of Indian democracy: a consociational interpretation*. American Political Science Review, Washington: 90/2, 1996, p. 258-268.

LIMA, Nísia T; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade (org.) *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p.27-58.

LIPSET, Seymour; SEONG, Kyoung-Ryung & TORRES, John. *Une analyse comparative des prérequis sociaux de la démocratie*. Paris, Revue Internationale des Sciences Sociales, 136, 1993, p. 181-205.

MAQUIAVEL, Nicolau. *Comentários sobre a primeira década de Tito Lívio*. Brasília: Editora Unb, 1994.

MARX, Karl. *Trabalho Assalariado e Capital*. São Paulo: Ed. Acadêmica. 1987.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. O Conselho Nacional de Saúde na atualidade: reflexões sobre os limites e desafios. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J.S.B. de. (orgs.) *Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012.

MENDES, Denise C. V. R.. Representação política e participação: reflexões sobre o déficit democrático. *Rev. Katálisis*. Florianópolis v. 10 n. 2, jul./dez. 2007, p. 143-153.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):305-314, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de S.. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

MULLER, Pierre; SUREL, Yves. *A Análise das Políticas Públicas*. Tradução de Agemir Bavaresco e Alceu Ferraro, 2 ed. , Pelotas: Educat, 2004.

PARSONS, Wayne. *Políticas Públicas: uma introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. Ed. FLACSO y Editorial Miño y Dávila, 2007, 816 pp.

PETINELLI, Viviane. As Conferências Públicas Nacionais e a formação da agenda de políticas públicas do Governo Federal (2003-2010). *Revista Opinião Pública*, Campinas, v. 17, n. 1, Junho, 2011, p.228-250.

PIERANTONI, Célia R.; VARELLA, Thereza C.; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, André F. do R. (org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Estudos e Análises – v. 2, 2004. Disponível em www.opas.org.br/rh/publicacoes. Acesso em 15 de ago de 2011.

POGREBINSCHI, Thamy; SANTOS, Fabiano. Participação como Representação: O Impacto das Conferências Nacionais de Políticas Públicas no Congresso Nacional. *Dados*, Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, vol. 54, no 3, 2011, pp. 259 a 305.

PRZEWORSKI, Adam; ALVAREZ, Michael; CHEIBUB José Antonio, and LIMONGI, Fernando. Economic development and political regimes. In: *Democracy and Development: Political Institutions and Material Well-Being in the World, 1950-1990*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 78-141.

ROMANO, Jorge Osvaldo. *Política nas Políticas: um olhar sobre a agricultura brasileira*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2009; Seropédica, RJ: EDUR, 2009.

ROLLO, Adail de Almeida. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In: SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth (orgs). *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed Unijuí, 2009.

SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS DE BARROS, M. Elizabeth (orgs). *Trabalhador da Saúde: muito prazer! – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed UNIJUÍ, 2009.

SANTOS-FILHO, Serafim B.. Indicadores de *Valorização* do Trabalho e Trabalhadores da Saúde. In: SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS DE BARROS, M. Elizabeth. *Trabalhador da Saúde: muito prazer! – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed UNIJUÍ, 2009.

SAYD, Jane D.; JUNIOR, Luiz V.; VELANDIA, Israel C.. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). *Physis: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8(2), 1998, pp 165-195.

SECCHI, Leonardo. *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SHUGART, Mattheew & CAREY, John. *Presidents and assemblies: constitutional design and electoral dynamics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

SOUZA, Celina. *Redemocratização, Federalismo e Gasto Social no Brasil: Tendências Recentes*. Petrópolis, RJ: ANPOCS, 1999.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle Social e Políticas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 8 (4), out/dez, 1992, p. 366-378.

THELEN, Kathleen; STEINMO, Sven. Historical Institutionalism in comparative politics. In: STEINMO, Sven; THELEN, Katheleen; LONSTRETH, Frank (orgs.) *Structuring Politics: historical institutionalism in comparative perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992 p. 1-32.

TILLY, Charles. *Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007, p.1-24.

TOURAINÉ, Alain. *O que é a democracia?* Petrópolis, Vozes, 1996.

TOURAINÉ, Alain. O que é democracia. In: TOURAINÉ, Alain. *Crítica da Modernidade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994, p. 343-370.

TSEBELIS, George. *Veto Players: how political institutions work*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2002, p.19-63.