

**A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE EM UM CONTEXTO
DE PRECARIZAÇÃO E DO AVANÇO DA IDEOLOGIA
GERENCIALISTA**

**A ORGANIZATION WORK IN HEALTH IN A CONTEXT OF
PRECARIZATION AND ADVANCEMENT OF IDEOLOGY
MANAGERIALIST**

Luiz Gonzaga Chiavegato Filho¹
lgonzaga@pg.ffclrp.usp.br

Vera Lucia Navarro²
vnavarro@usp.br

RESUMO

O texto aborda a questão das mudanças ocorridas no trabalho diante da crise estrutural do capital, a partir dos anos 1960 e 1970, evidenciando o avanço da ideologia gerencialista fundada na racionalidade instrumental taylorista e seus impactos nas condições e na organização do trabalho, bem como na saúde dos trabalhadores e nos processos de gestão. Em seguida, procura-se mostrar como essa temática afeta, particularmente, a gestão e o processo de trabalho em saúde, acarretando novas formas de pressões pessoais e sociais aos profissionais de saúde, que resultam em sobrecarga de trabalho, diminuição do grau de autonomia e ausência de reconhecimento e apoio social oferecido pelos colegas, chefias e usuários dos serviços. Tais condições representam uma precarização do trabalho em saúde e vêm sendo consideradas, inclusive, como um importante obstáculo para o desenvolvimento dos serviços da rede pública de saúde no Brasil.

PALAVRAS CHAVE: trabalho; saúde do trabalhador; ideologia gerencialista.

ABSTRACT

The aim of this text is to discuss the issue of changes occurred in work environment at the moment it faces the structural crisis of capital, from the years 1960 and 1970, emphasizing the advancement of managerialist ideology founded on Taylorist instrumental rationality conditions and their impact on the work organization and its conditions, as well as in workers' health and management processes. It then attempts to show how this issue affects, particularly, management and work process in health, leading to new forms of personal and social pressures related to health professionals that are followed by work overload, decrease of autonomy degree and lack of recognition and social support offered by colleagues, managers and service users. The situations presented, express how the precarious working conditions are being considered in health services, also, as a major obstacle to the development of public health services in Brazil.

KEY WORDS: labor; worker health; ideology managerialist.

Introdução

O mundo do trabalho, nas últimas décadas sofreu importantes alterações que afetaram tanto a organização e as condições de trabalho, quanto às relações trabalhistas. Tais mudanças

¹ Psicólogo, Professor Adjunto da Universidade Federal de São João Del Rei.

² Socióloga, Professora Associada do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

exerceram e exercem forte influência na saúde dos trabalhadores, incluindo aqui os profissionais da saúde, como relatam diversas pesquisas da área da sociologia e da psicologia do trabalho, dentre outras. Não obstante, ainda há muitas questões a serem investigadas quanto aos impactos destas mudanças nos ambientes de trabalho. Na área da saúde, particularmente, destacam-se a questão da precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde, que tem sido crescente e que implicam em contratos precários, terceirização, sobrecarga, flexibilização da jornada de trabalho e o avanço da ideologia gerencialista nas formas como este trabalho é organizado, tema que é o foco de análise deste texto.

Estas mudanças no universo do trabalho estão no bojo do processo de reestruturação produtiva, que é uma resposta do capital à sua crise estrutural. A reestruturação produtiva acelerou-se nas duas últimas décadas do século XX e proporcionou o surgimento de novas formas de organização da produção e gestão da força de trabalho. Com o objetivo de recuperar o ciclo de expansão do capital, observa-se neste período o surgimento de um novo padrão de regulação, mais flexível, atento às oscilações da demanda, às exigências de qualidade e à diminuição de custos, características provenientes de uma nova fase de competitividade internacional, (HARVEY, 1996). A organização da produção e do trabalho de base taylorista/fordista, que predominou ao longo do século XX, entrou em crise e passou a conviver e ou ser substituída por outras em várias partes do mundo capitalista.

Esse período se caracterizou, sobretudo, pela internacionalização do mercado e pelo domínio da lógica financeira sobre a lógica da produção, que afetou profundamente o emprego e o processo de produção, como de resto o “conjunto da humanidade, exigindo, para esta sobreviver, algumas mudanças fundamentais na maneira pela qual o metabolismo social é controlado” (MÉSZÁROS, 2002, p.7).

O avanço da lógica financeira sobre a lógica da produção causou importantes modificações nas relações de poder no interior dos ambientes laborais e desequilibrou ainda mais a relação capital-trabalho. Entre as principais influências desse decurso histórico estão dois aspectos distintos, mas provavelmente relacionados. Primeiro, observa-se a consolidação da noção de que os trabalhadores devem ser considerados como um custo e uma variável de ajuste do sistema, adaptáveis, flexíveis, renováveis, entre outras propriedades, com vistas a corresponder às exigências de mercado. Depois, e muitas vezes em decorrência do primeiro aspecto, nota-se a desarticulação dos coletivos de trabalho, detentores do saber tácito da produção, o que contribuiu para romper as tradicionais formas de defesa e segurança do trabalho e afetar, desse modo, mecanismos de solidariedade e sociabilidade nos ambientes de trabalho (PICCININI; HOLZMANN; KOVÁCS, 2006; GAULEJAC, 2007).

Dentre as demais tendências contemporâneas decorrentes dessa nova configuração do mundo do trabalho, observam-se as limitações na absorção da força de trabalho jovem, inclusive a qualificada; o aumento significativo do trabalho feminino; a instabilidade e irregularidade ocupacionais; o subemprego e o desemprego recorrente, duradouro e que não oferece perspectivas de inclusão no mercado formal; as dificuldades de inserção da mão de obra não qualificada; a intensificação do trabalho e redução dos salários; a diminuição de postos de trabalho, por conta das inovações tecnológicas, e a desregulamentação de novas formas de inserção laboral (MINAYO GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1999; ANTUNES; ALVES, 2004; LIMA, 2008).

Diante de tais tendências, é possível afirmar que se trata de um período histórico de grande vulnerabilidade para os trabalhadores. No entanto, de forma paradoxal, como afirmam Piccinini et al. (2006), nunca o trabalho foi tão central no processo de criação de valor, ou seja, na valorização do capital, na busca pela independência deste em relação ao trabalho.

Tal condição se sustenta baseado no avanço e no apogeu da racionalidade instrumental, consolidada pelo modelo taylorista/fordista de produção. Para Enriquez (1995, p. 13), a racionalidade instrumental

marcou todos os domínios da vida e se tornou aí mais sutil e mais insidiosa. Ela traduz-se pela passagem dum capitalismo despótico a um capitalismo burocrático e tecnocrático e, atualmente, a um capitalismo estratégico; dum capitalismo criador de riquezas, a um capitalismo destruidor de riqueza, dum capitalismo de exploração a um capitalismo de exclusão. Dum capitalismo da indústria pesada a um capitalismo fundado sobre a autoridade da informação e da comunicação, dum capitalismo contestado a um capitalismo que triunfa sem autêntica oposição, dum capitalismo onde a empresa cumpria um papel central, mas não dominante, a um capitalismo onde a empresa busca tornar-se a instituição das instituições.

A racionalidade instrumental apresenta-se, no interior da evolução histórica do capitalismo, como um dos pilares da ideologia ‘gerencialista’ que o sustenta, ou seja, a tecnologia de poder, mediadora entre os interesses econômicos do capital e a força de trabalho, sobretudo nas últimas décadas (LIMA, 2000).

A ideologia ‘gerencialista’ tem influenciado as sociedades em geral, tanto nas relações cotidianas, quanto nas esferas políticas e culturais, com o intuito de promover a descrição, explicação e interpretação do mundo a partir das categorias da gestão privada, feitas “sob a aparência de profissionais (experts) que não fazem mais que produzir instrumentos, definir prescrições, formalizar regras e aplicar decisões pelas quais de forma nenhuma são responsáveis. A neutralidade dos instrumentos oculta a realidade do poder” (GAULEJAC, 2007, p. 145).

Como já apontado por Chanlat (2002, p.2), observa-se que noções e princípios administrativos da gestão privada, como competência, qualidade total, cliente, excelência, produto, etc., têm, literalmente, “invadido amplamente as escolas, as universidades, os hospitais, as administrações, os serviços sociais, os museus, os teatros, as entidades sem fins lucrativos, e até as igrejas”. Da mesma forma, palavras como empreendedorismo, gestão e *manager*, entre outras, são utilizadas de forma natural no dia-a-dia das pessoas.

A possibilidade de que todas as atividades humanas sejam permeadas pelo ideário gerencialista, como alertam Wood Jr e Paula (2010, p. 198), pode levar ao “esvaziamento de seus valores constitutivos, com consequências negativas para seu sentido social e desvios em relação a sua finalidade”.

No caso das organizações públicas ou privadas, uma das principais dificuldades no convívio cotidiano com esse ideário é a de seu questionamento e confrontação, pois seus elementos estão, na maior parte dos casos, associados a valores positivos, identificados com importantes aspirações humanas ligadas ao progresso, ao mérito ou ao culto da qualidade. No setor público, particularmente, vinculada a essa aceitação tácita da ideologia gerencialista, observa-se o avanço de uma concepção negativa do papel do Estado, pois as práticas de gestão e organização do trabalho, desse setor, são tidas como um elemento arcaico, burocrático e ineficiente que é preciso modernizar. De modo que a aplicação das técnicas de gestão privada no setor público é vista como fator de progresso (GAULEJAC, 2007).

A consolidação dessas condições nas práticas de gestão finda por construir um novo perfil de trabalhador, onde, ao contrário do período taylorista/fordista, são valorizados os sujeitos flexíveis, criativos e inovadores, que trabalham em equipe e compreendam o sentido e a velocidade das mudanças, visando agilizar as tomadas de decisão. Tais trabalhadores devem saber conviver com a pressão, o medo, a inconstância, a concorrência e a competição. Como definem Merlo e Lapis (2007, p. 66), trata-se de “um trabalhador mais escolarizado, com raciocínio lógico, com capacidades de se relacionar com os colegas e de operar equipamentos diversificados e complexos, apto a realizar diversas operações, motivado para o trabalho, engajado com os objetivos da empresa, um colaborador”.

Nesses modelos, sobressaem os imperativos comportamentais: seja inovador! Seja surpreendente! Seja criativo! Seja carismático! Seja proativo! Quebre paradigmas! Mantenha sempre o bom humor! Não se esquecendo, evidentemente, que a liderança e aptidão para manter relações pessoais e profissionais são imprescindíveis.

Esse perfil combativo, flexível e perfeccionista, reflete o espírito da época, em que a luta pelo sucesso aparece como norteador do comportamento humano, uma vez que “redefine o

senso de orientação e estabelece referenciais que reconstituem a sensação de segurança e o conforto psicológico diante de um mundo adverso e fragmentado” (WOOD JR; PAULA, 2010, p. 200).

As pessoas que conseguem se adaptar a esse mundo competitivo, tanto no trabalho quanto na sociedade em geral, são reconhecidas como sujeitos e tem, pelo menos por enquanto, lugar garantido na ciranda gerencialista. Os demais são colocados em quarentena ou excluídos por não serem suficientemente adaptáveis, flexíveis ou proativos. Dessa forma, todos experimentam as angústias e, muitas vezes, a culpa de, uma hora ou outra, não se enquadrarem nos modelos e gerações de sucesso. Como indica Enriquez (1995, p.18), isso provoca um desgaste permanente. “As pessoas vivem com medo de virar resíduos sociais. De forma contraditória, o mundo dos vencedores torna-se o mundo da exclusão”.

Tais valores e adjetivos, exigidos nos ambientes de trabalho, estruturam-se numa moral individual baseada na realização pessoal, no empenho do indivíduo e não no interesse coletivo ou em valores sociais. Atado a uma realidade fragmentada, limita-se a possibilidade do indivíduo construir uma identidade, de se expressar e de sentir, contribuindo para o crescimento dos manuais de autoajuda, estimulando o cultivo da vida privada, gerando atitudes individualistas e apolíticas (KOVACS, 2006; WOOD JR; PAULA, 2010).

Os manuais de gestão e os livros de autoajuda, sucessos editoriais no mundo contemporâneo e veículos fundamentais na difusão do ideário gerencialista, estão longe de ajudarem a compreender a realidade do mundo do trabalho e do cotidiano das pessoas, uma vez que, por um lado, encobrem os conflitos de interesse e a complexidade do real, por outro, canalizam as energias sobre procedimentos considerados como provedores de sentido para homens e mulheres, que, abalados pela perda das bases estáveis e da reprodução de vida, enfrentam problemas de identidade e reconhecimento e buscam operações de compensação e de suporte (MARTELLI, 2006).

Para atender a essa demanda gerencialista que se manifesta nos novos valores promovidos pelas organizações e sociedade em geral, tem-se como elemento central, um alto grau de adesão e envolvimento, uma implicação negativa do ‘elemento subjetivo’ dos trabalhadores, onde o que de fato importa “é a capacidade cognitiva que se traduz na prescrição da subjetividade” (ANTUNES; ALVES, 2004, p. 344).

Vale ressaltar que esse fato não chega a ser novidade, pois, como Lima (2006) apresentou, na década de 1950, estudos de Louis Le Guillant, sobre a função psicológica do trabalho, mostraram como trabalhadores mesmo caracterizados pelo uso da força no período taylorista, podem apresentar sofrimento psíquico.

No entanto, o que particulariza a questão da subjetiva no manual gerencialista é o seu objetivo de canalizar a energia psíquica a fim de transformá-la em força de trabalho, de modo que a subjetividade é mobilizada sobre objetivos, resultados, critérios de sucesso, que tendem a eliminar o que não é útil ou rentável. Como afirma Gaulejac (2007, p. 154),

o valor comercial tende a se impor a qualquer outra consideração. O sentido do ato é considerado pela empresa em função daquilo que ele fornece. Os outros sistemas de sentido são postos de lado. Mas, como eles não desaparecem completamente e apesar das pressões para que os agentes deem adesão ao sentido prescrito pela empresa, as tensões são vivas.

Essa intensa pressão psicológica sobre os trabalhadores promove o crescimento das queixas que se referem ao sofrimento psíquico, à hiperatividade, ao esgotamento profissional e ao aumento de suicídios no local de trabalho. Além disso, para Gaulejac (2011, p.84), tais indícios expõem um ambiente organizacional que utiliza o paradoxo como ferramenta de gestão e mecanismo de dominação, o “que leva o conjunto dos agentes a aceitar coletivamente modalidades de funcionamento que eles condenam individualmente”.

Trata-se de um processo sem saída que promove uma forte ‘psicologização’ dos problemas organizacionais, onde os trabalhadores são praticamente forçados a se colocarem como inconvenientes e debilitados, além de responsáveis pela situação em que se encontram, ou seja, eles são forçados a aceitar que estão diante de um fracasso estritamente pessoal, e muitos, desprotegidos, findam por acreditar nessa mensagem, o que contribui para a elevada culpabilização individual e para a fragilização dos coletivos de trabalho (ENRIQUEZ,1995; GAULEJAC, 2011).

Os coletivos de trabalho são fundamentais para o estabelecimento de normas, estratégias, modos de funcionamento e critérios de qualidade em qualquer ambiente laboral, dito de outra forma, são importantes para estabelecer os sentidos da atividade, como um espaço de interface entre o prescrito pelas organizações e o real construído pelos trabalhadores (CLOT, 2006, 2010).

De modo que, para resgatar novamente o sentido da ação, sufocado pela ideologia gerencialista, é preciso desenvolver os coletivos de trabalho que, atualmente, não são mais portadores de laços estáveis, os suportes essenciais da identidade social e que não realizam mais a função de mediação entre o indivíduo e o seu trabalho. Por conta da exacerbação do individualismo e da competição, o coletivo não é mais o lugar em que se decidem as formas de resistência, as estratégias de luta, a elaboração de reivindicações (SENNETT, 2009).

A fragilização do coletivo de trabalho dificulta a renovação do ‘gênero profissional’, que pode ser considerado como uma ferramenta para a atividade concreta. O gênero pode ser

considerado como um corpo de avaliação partilhado, que organiza a atividade pessoal de modo tácito. Trata-se, de acordo com Clot (2006, p. 50) de um prescrito coletivo, “um corpo intermediário entre os sujeitos, um interposto social situado entre eles, por um lado, e entre eles e o objeto do trabalho, por outro”.

Não é um sistema abstrato de normas, são as obrigações que um coletivo de trabalhadores partilha num determinado momento, num ciclo de intercâmbios intersubjetivos, o que quer dizer que as maneiras de realizar a atividade estão bem situadas no tempo, assumindo um caráter histórico e transitório (CLOT, 2006; CLOT, 2010).

A dificuldade de renovação do gênero profissional indica a diminuição da capacidade normativa e de ação do trabalhador sobre a própria atividade, o que impede o seu desenvolvimento e impossibilita mudanças nas situações em que há algum sofrimento e afetam a saúde dos trabalhadores. Para evitar essa degeneração do gênero profissional, a confrontação e a controvérsia são indispensáveis, buscando estimular intercâmbios coletivos e conservar na atividade individual e na tarefa prescrita um devir. No entanto, sabe-se que, atualmente, como discutido acima, em tempos de predomínio da ideologia gerencialista, são alternativas pouco praticadas nos ambientes de trabalho (GAULEJAC, 2011; CLOT, 2010).

O trabalho em saúde no contexto da reestruturação produtiva e da ideologia gerencialista

O processo de trabalho em saúde é caracterizado pela geração de produtos não materiais e menos suscetíveis à racionalização técnica e organizacional. Sua função social é determinada pela manutenção das condições normais de saúde. De acordo com Martins e Dal Poz (1998, p. 134), tal processo é consumido no momento de sua realização, ocorrendo, portanto, “entre sujeitos, numa determinada estrutura (intersubjetiva) e com significativo grau de autonomia”.

Geralmente, o trabalho é feito em equipe e, em sua essência, é coletivo. Dessa forma, implica uma articulação entre diferentes formações técnico-científicas e das experiências de trabalho e sociais de cada profissional no que se refere ao processo de tomada de decisões. A mediação é feita por uma dimensão ético-política, mas também pelas incertezas provenientes da indeterminação das demandas e das descontinuidades nos atendimentos (DELUIZ, 2001).

Campos (2010, p. 2340) entende que no trabalho em saúde, além da técnica, baseada no saber acumulado previamente, é necessária uma reflexão sobre o contexto singular em que a ação se desenvolve, considerando-se os outros sujeitos envolvidos, valores, significados, condições históricas, etc. Trata-se da adaptação do “saber tecnológico ao contexto singular”. Tais condições

e peculiaridades, segundo o mesmo autor, conflitam com o avanço da ideologia gerencialista, apresentada acima, sobre os processos de gestão na área da saúde, o que amplia a tensão entre a organização de trabalho e o desenvolvimento da capacidade de ação dos trabalhadores da saúde.

Nomeadamente, as principais influências, para o setor público da saúde, decorrentes das transformações no mundo do trabalho e da ascensão da ideologia gerencialista, sobretudo a partir dos anos 1980, recaem na questão do planejamento estratégico e do gerenciamento flexível e participativo, aliados a processos de controle de qualidade em saúde, visando padronizar os atendimentos através de protocolos que definem o comportamento correto, e manter o foco no cidadão/usuário, pelo reconhecimento de suas necessidades e expectativas, bem como facilitar seu acesso aos serviços públicos (QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994; PEDUZZI, 2002).

No entanto, apesar das denominações ‘atualizadas’ dos elementos que compõem o processo de gestão na área da saúde pública no Brasil, é notada a presença de princípios tayloristas/fordistas na maioria de suas práticas, o que as tornam alvo de críticas, não só em relação à organização do trabalho e ao modelo de gestão adotado, mas também no que se refere à decorrente e crescente precarização das condições de trabalho e terceirização dos serviços de saúde, com importantes repercussões na saúde dos trabalhadores desse setor (GUIMARÃES, 2009; CAMPOS, 2010; ASSUNÇÃO; TAVARES; SERRA, 2012; SANTOS FILHO; BARROS, 2012).

Este cenário filia-se a um importante modelo de gestão disseminado em todo setor público e, conseqüentemente, na área da saúde, denominado de ‘administração pública gerencial’. Segundo Paula (2005), tal modelo está ligado ao movimento internacional de reforma do aparelho do Estado dos anos 1980 e 1990, articulando-se com as estratégias neoliberais de estabilização econômica e estratégias administrativas orientadas para o mercado. No Brasil, esse movimento ganhou força nos anos 1990 com o debate da reforma gerencial do Estado e o desenvolvimento da administração pública gerencial. Paula (2005).

Para Wood Jr e Paula (2010), esse modelo de gestão está intimamente relacionado com a ideologia gerencialista, discutida anteriormente, e tem como princípios básicos o empreendedorismo, o culto à performance e à excelência, motivação, inovação e responsabilidade social, visando garantir controle, eficiência e competitividade máximos.

Em pesquisa desenvolvida por Chanlat (2002), que abordou a questão da motivação no setor público em geral, foi possível encontrar algumas características comuns decorrentes da adoção do modelo de gerência pública baseado no ideário gerencialista. Entre as principais, destacam-se: aumento da carga de trabalho, em razão da redução de pessoal e dos novos

imperativos de desempenho e produtividade; incoerência em relação ao grau de autonomia, pois a hierarquia está, em geral, bastante presente e a autonomia reduzida; ausência de reconhecimento pelo trabalho realizado, uma vez que os funcionários sofreram com maior ou menor pesar o discurso sobre sua suposta ineficiência e baixa produtividade; e, por fim, ausência de apoio social oferecido pelos colegas, superiores, subordinados ou usuários dos serviços. Segundo o mesmo autor, tais características são decorrentes da introdução de novas práticas de gestão de pessoal, particularmente a recorrência crescente ao contrato de duração determinado, ao tempo parcial e à terceirização, uma fragmentação das equipes de trabalho que não deixa de ter consequências sobre a qualidade dos serviços prestados.

Tais condições representam uma precarização do trabalho em saúde e vêm sendo consideradas, inclusive, como um importante obstáculo para o desenvolvimento dos serviços da rede pública de saúde no Brasil. Além dos aspectos mostrados acima, outros estudos apontam para ausência de concursos públicos, aviltamento de carreiras e salários, terceirizações aleatórias, contratos temporários, equivocadas avaliações de desempenho, que comprometem a relação dos trabalhadores com a organização das unidades de atenção e prejudicam a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (ELIAS, 2004; ASSUNÇÃO et al., 2007; SANTOS, 2008; ASSUNÇÃO; BRITO, 2011; SANTOS FILHO; BARROS, 2012).

A descentralização do setor saúde, ocorrida na década de 1990, aumentou a responsabilidade dos municípios em relação à gestão da rede pública de saúde e favoreceu o desenvolvimento das condições apontadas acima. Ao final daquela década, os municípios respondiam por 92% dos serviços públicos de saúde. Em decorrência da municipalização, surgiram propostas de flexibilização da administração direta para a gestão de atividade de caráter competitivo, a partir do estabelecimento de convênios com as fundações privadas de direito público, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)³ (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004; PAULA, 2010).

De acordo com os gestores municipais, o principal motivo para efetivação de um convênio com essas entidades é o fato de que, em tese, a qualidade dos serviços prestados poderia melhorar em função da desburocratização de uma série de procedimentos administrativos dos serviços de saúde, incluindo a gestão dos profissionais de saúde. Entretanto, na prática, sem a devida regulamentação e critérios previamente definidos de gestão, tais convênios proporcionaram graves problemas nas relações de trabalho, sobretudo ligados à

³ Tais organizações são entidades públicas, não estatais, submetidas a contratos de gestão com diversos órgãos da área da saúde; possuem a autonomia administrativa e financeira para provisão de bens e serviços e administração de pessoal (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004).

precarização dos vínculos empregatícios, com o crescimento da informalidade, principalmente dos médicos, ignorando-se as especificidades do trabalho em saúde (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004; ELIAS, 2004; SANTOS, 2008; COHN, 2009).

Com menor expressão, há também outro modelo de gestão do setor público, apresentado por Paula (2005, 2010), denominado por ‘administração pública societal’. Tal modelo está vinculado a importantes movimentos reivindicatórios brasileiros, que tiveram seus apogeus na década de 1960, inspirados pelos ideais da Teologia da libertação e da Educação popular. Essa visão alternativa tenta ir além dos problemas administrativos e gerenciais, pois considera a reforma um projeto político e de desenvolvimento nacional. Com base numa perspectiva de ‘gestão social’ procura substituir a ‘gestão tecnoburocrática’, proporcionando mais participação dos cidadãos no processo decisório. De modo que se preocupa menos com a formulação de programas administrativos e mais com a formatação de uma visão mais estratégica, participativa e solidária.

É possível afirmar que há, em boa parte dos municípios brasileiros, um predomínio do modelo de ‘administração pública gerencial’. No entanto, Ribeiro (2009) evidencia que os servidores públicos estão submetidos a modelos híbridos e mistos, não existindo modelo puro de gestão. Assim, o mais importante, independentemente do modelo, seria conhecer o nível de controle a que estão submetidos os trabalhadores, limitações muitas vezes impossíveis de negociar, modificar e de reconstruir.

Assim, como demonstram algumas pesquisas, as circunstâncias apresentadas sobre o processo de trabalho no setor saúde têm afetado de uma forma ou de outra, todos os profissionais de saúde, agregando novas pressões pessoais e sociais. Como também revelam a inadequação das condições materiais e organizacionais nos estabelecimentos de saúde, que provocam fadiga, crescente insatisfação no trabalho, diminuição do bem-estar subjetivo e problemas de saúde mental, condições estas traduzidas em transtornos psíquicos comuns, fragilização das instâncias coletivas nos ambientes de trabalho e empobrecimento da identidade profissional e do sentido do trabalho (MURRAY et al., 2001; NOGUEIRA-MARTINS, 2003; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; MELO; ASSUNÇÃO; FERREIRA, 2007; BARBOSA et al., 2007; OLIVEIRA, 2008; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010; CHIAVEGATO FILHO, 2011; ASSUNÇÃO; TAVARES; SERRA, 2012).

O Ministério da Saúde visando responder aos problemas discutidos acima, desde 2003, oferece alguns programas para desprecarização do trabalho em saúde, com a finalidade de implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador da saúde, através da transformação das práticas e do incentivo à participação ativa desses profissionais na gestão dos

serviços. Entre eles destacam-se o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS); o Humaniza SUS; a Mesa de Negociação Permanente em Saúde; o Programa Nacional de Educação Permanente, entre outros (BRASIL, 2003, 2004a, 2004b, 2006a, 2006b, 2006c, 2009).

Outra importante iniciativa foi a criação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, em 1999. Trata-se de uma cooperativa entre países, incluindo o Brasil, formada por iniciativa da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), cuja meta é produzir informações e conhecimentos para melhorar a formulação de políticas para recursos humanos no setor da saúde, contribuindo para o seu desenvolvimento mediante a troca de experiências. Para facilitar o trabalho, criou-se um conjunto de dados básicos para organizar as informações coletadas sobre a qualidade de trabalho e regimes de trabalho; a educação e treinamento profissional para a força de trabalho da área da saúde; a produtividade e qualidade dos serviços; a governança e controvérsias trabalhistas no setor saúde. De acordo com os dados levantados por essa iniciativa da OPAS (2004), entre os problemas e desafios que emergem para a gestão do trabalho em saúde, decorrentes das mudanças no contexto global e nas condições de trabalho, encontram-se: complexidade da coexistência de regimes de trabalho diferenciados para categorias ocupacionais semelhantes; maior flexibilidade nas condições de trabalho e ênfase no enfoque de equipe; fragmentação de processos de trabalho; treinamento inadequado, centralizado e de impacto duvidoso; motivação deficiente, absenteísmo e baixa taxa de participação de trabalhadores em postos de tomada de decisão; regulamentos e normas inflexíveis e retrógrados; administração e avaliação insuficientes do desempenho da força de trabalho; falta de sistemas de incentivo para qualidade e produtividade.

Apesar desses esforços, é importante frisar que a gestão das relações de trabalho sempre ocupou um lugar secundário na área da saúde. Historicamente, privilegiaram-se as questões clínicas e do cuidado, em detrimento das ações de desprecarização do trabalho, redução da rotatividade e do absenteísmo e de construção de um plano de carreira (PIERANTONI, 2002; PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004; BARBOSA et al., 2008).

Além disso, outro aspecto a ser considerado, na organização do trabalho em saúde, refere-se ao papel determinante das inovações tecnológicas, considerado o fator mais dinâmico de desenvolvimento dos cuidados de saúde e da atenção médica no período recente, e uma das razões para o aumento dos custos. As inovações tecnológicas organizam e reorganizam o trabalho. Dela derivam novas competências e habilidades, novas relações e especialidades técnicas, que logo demandam novas relações sociais (QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994).

Porém, a tecnologia não é apenas um fator de produção e organização do trabalho. Ao mesmo tempo, é também, um elemento estruturador de modelos de atenção e práticas de saúde. Por isso, é um fator ideológico, colaborando para a construção de novos padrões de consumo e procura de cuidados, repercutindo coletivamente na população (MARTINS; DAL POZ, 1998).

Pelos aspectos apresentados, alguns autores argumentam que a construção de políticas públicas, que transformem a gestão dos serviços de saúde em prol de ambientes de trabalho mais saudáveis e estimulantes, tem se configurado como importante e difícil desafio. Em resumo, trata-se da superação de um modelo de prática de saúde baseado na visão biologicista e mecanicista do processo saúde/doença e de construção de outro modelo baseado numa abordagem integradora, de natureza epistemológica e ontológica diferentes, voltado à integralidade, humanização e inclusão da participação dos trabalhadores em saúde e usuários (SANTOS, 2008; COHN, 2009; CAMPOS, 2010).

Como apontado por Assunção et al. (2007, p. 197), a superação desse modelo passa pela compreensão do caráter subjetivo e intersubjetivo do cuidado em saúde, afastando-se da proposta de cuidados como um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados, pois,

nos estabelecimentos de saúde, as exigências são contraditórias, mas os trabalhadores constroem uma prática para contorná-las, que só é eficaz porque é rica em conhecimentos. São os conhecimentos que permitem responder aos imprevistos no desenvolvimento, implantação e manutenção dos sistemas. Torna-se frágil a abordagem que reduz os recursos humanos em saúde ao *status* conferido aos recursos materiais ou medidas terapêuticas, para dar lugar ao sentido que as atitudes práticas assumem nas diversas situações em que se reclama uma situação terapêutica (ASSUNÇÃO et al., 2007, p. 197).

Campos (2010) também apresenta algumas estratégias organizacionais que poderiam contribuir para um novo modelo de gestão do trabalho em saúde. Entre elas destacam-se: o profissional de referência, responsável por projetos terapêuticos; equipe de referência, de caráter interdisciplinar, funcionando como uma célula de gestão; equipe de apoio matricial, responsável por um conjunto de pessoas e território; integração entre equipe de referência e apoio matricial, etc.

Sob essa perspectiva, acredita-se que a educação surge como elemento fundamental para a formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde, no sentido de aproximar o aparelho formador do mundo do trabalho, tendo como principais temas a regulação, a formação, a escolarização e o trabalho em equipe, na perspectiva de contribuir para a preparação de ‘cidadãos-trabalhadores’ e ‘trabalhadores-cidadãos’, “comprometidos com a construção de um sistema de saúde equânime, com qualidade e resolutividade” (MARTINS; DAL POZ, 1998, p. 144).

Referências

- ANTUNES, R.; ALVES, G. 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.
- ASSUNÇÃO, A.A. et al. Recursos humanos e trabalho em saúde : os desafios de uma agenda de pesquisa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, supl.2, 2007.
- ASSUNÇÃO, A.A., BRITO, J. (orgs.). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- ASSUNÇÃO, A. A.; TAVARES, I.R.; SERRA, P.J. (Orgs). *Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: UFMG, 2012. 164p.
- BARBOSA, A. C. Q.; PERPETUO, I. H. O.; RODRIGUES, J. M.; SILVA, N. C.; RODRIGUES, R. B. Desafios e perspectivas na gestão de recursos humanos da atenção primária à saúde - um estudo censitário em Minas Gerais. In: *XIII Seminário sobre a Economia Mineira*, 2008, Diamantina. XIII Seminário sobre a Economia Mineira. Belo Horizonte: Cedeplar - UFMG, 2008.
- BARBOSA, G.A. et al. (Coord.). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Mesa de negociação permanente do SUS: democratização das relações de trabalho no Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série D. Reuniões e conferências).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Gabinete do Ministro, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de humanização: relatório final da oficina humaniza - SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Desprecarização do trabalho no SUS: perguntas e respostas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CAMPOS, G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência e saúde coletiva*, v. 15, n. 5, Ago.2010.
- CHANLAT, J. F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In: *Anais do VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Lisboa: Portugal, 2002. Disponível em: <http://unpan1.um.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043316.pdf> Acesso em: 06 ago. 2010.

- CHIAVEGATO FILHO, L.G. *Trabalho e saúde: estudo com médicos do Sistema Único de Saúde de Jaguariúna (SP), na perspectiva da clínica da atividade*. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- CLOT, Y. *Trabalho e o poder de agir*. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010b. 368p.
- COHN, A. Saúde e desenvolvimento social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.18, supl.2009.
- DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. *Formação*, Brasília, v.1, n.2, p.5-15, maio 2001.
- ELIAS, P.E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, v.18, n.3, sept. 2004.
- ENRIQUEZ, E. Prefácio. In: DAVEL, E.P.B.; VASCONCELLOS, J. G.M (Orgs.). *“Recursos” Humanos e Subjetividade*. Petrópolis: Vozes, 1995.p.7-22
- FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, 35 (122): 229-248, 2010.
- GAULEJAC, V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Ed. Ideias e Letras, 2007.
- GAULEJAC, V. A NGP: a Nova Gestão Paradoxal. In: BENDASSOLLI, P.F.; SOBOLL, L.A.P. (Orgs) *Clínicas do trabalho*. São Paulo: Atlas, 2011. pp.84-98
- GUIMARÃES, M.C. Transformações do trabalho e violência psicológica no serviço público brasileiro. *Rev. bras. Saúde Ocup*; 34(120), jul.-dez. 2009.
- HARVEY, D. *Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Loyola, 1996. 349p.
- KOVÁCS, I. Emprego flexível em Portugal alguns resultados de um projecto de investigação. In: PICCININI, V.C. et al. (Orgs.) *O mosaico do trabalho na sociedade contemporânea: persistências e inovações*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.
- LIMA, F. P. A. A transcendência do valor: flexibilidade, focalização, terceirização e a relação capital-trabalho. *Anais do ENEGEP 2000*. São Paulo, 2000, CD-ROM.
- LIMA, M. E. A. Trabalho e identidade: uma reflexão à luz do debate sobre a centralidade do trabalho na sociedade contemporânea. *Educação & Tecnologia*, v. 12, p. 5-9, 2008.
- LIMA, M.E.A. (Org.). *Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho*. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes. 2006.
- MACIEL FILHO, R.; PIERANTONI, C.R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: BRASIL. Ministério da Saúde. In: BARROS, A.F.R. (Org.) et.al. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.139-162.
- MARTELLI, C.G. *Auto-ajuda e gestão de negócios – uma parceria de sucesso*. São Paulo: Azougue, 2006. 288p.
- MARTINS, M. I. C. e DAL POZ, M. R. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p.125-146, 1998.

- MELO, E.M.C.; ASSUNÇÃO, A.A.; FERREIRA, R.A. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, 12, p.3000-3010, dez. 2007.
- MERLO, A.R.C.; LAPIS, N.L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. 1, Apr. 2007.
- MÉSZÁROS, I. A crise estrutural do capital. *Outubro – Revista do Instituto de Estudos Socialistas*, Rio de Janeiro, n.4, 2000.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, 1999.
- MURRAY, A. et al. Doctor discontent: a comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. *J. Gen. Intern. Med.*, Alberta, v.16, n.7, p.452-459, Jul. 2001.
- NASCIMENTO SOBRINHO, C.L. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.131-140, 2006.
- NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.59-71, 2003.
- OLIVEIRA, G.F. *Trabalho e bem-estar subjetivo: compreendendo a situação laboral dos médicos*. 2008. 288f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Programa de Doutorado Integrado em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.139-62. v.2.
- PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. *RAE. Revista de Administração de Empresas*, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005.
- PAULA, A. P. P. Por uma nova gestão pública: reinserindo o debate a partir das práticas possíveis. In: CUNHA, A. S.; MEDEIROS, B. A.; AQUINO, L. C. (Orgs.) *Estado, instituições e democracia: república*. Brasília: IPEA, 2010. p. 505-530.
- PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1):75-91, 2002.
- PICCININI, V.C. et al. Apresentação. In: PICCININI, V.C. et al. (Orgs.) *O mosaico do trabalho na sociedade contemporânea: persistências e inovações*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.
- PIERANTONI, C. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L. (Org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002. p.609-630.
- PIERANTONI, C.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.51-70. v.2.
- QUINTANA, P.; ROSCHKE, M.A.; RIBEIRO, E.C. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: HADDAD, Q.J. et al. *Educación permanente de personal de salud*. Washington, DC: OPAS, 1994.
- RIBEIRO, C. V. S. A Saúde do servidor público em tempos de gerencialismo. In ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 15, 2009, Maceió. *Anais...*, Maceió: UFAL, 2009.
- SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M. E. B. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, p. 101-122, 2012.

SANTOS, N.R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, supl.2, 2008.

SENNETT, R.P. *Artífice*. Rio de Janeiro: Record, 2009.

WOOD JR., T.; PAULA, A.P.P. O Culto da performance e o indivíduo S.A. In: EHRENBERG, A. *O Culto da Performance*. Aparecida: Idéias & Letras, 2010. p.197-208.