

# Trajatória Institucional das Pesquisas Relacionadas à Gestão do Trabalho em Saúde no Brasil – Um depoimento crítico

*Roberto Passos Nogueira<sup>1</sup>*

## *Condicionamentos institucionais das prioridades de pesquisa*

Os objetos de pesquisa apoiados por uma dada instituição pública, especialmente as do poder executivo como é o caso do Ministério da Saúde, relacionam-se de modo direto ou indireto com suas competências legais, bem como com as políticas específicas definidas em cada conjuntura político-institucional. Isto, quer dizer que as competências legais e o escopo das políticas explícitas ou implícitas de cada instituição pública, numa dada conjuntura político-histórica, definem o campo de possibilidades de temas cujo estudo incentiva e apoia.

Essa afirmação parece um truísmo. Contudo, não é fácil identificar de onde surgem as prioridades de pesquisa quando alguém está envolvido em meio às condições concretas e complexas que cercam cada conjuntura da história institucional. Analisarei brevemente a seguir, como exemplo, um caso particular do início de minha trajetória de trabalho com a temática de “recursos humanos”.

Quando, em 1977, eu trabalhava na Coordenação de Recursos Humanos da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, uma de minhas atribuições foi a de pesquisar a evolução dos cursos de saúde pública no Brasil. Esse estudo, que foi o primeiro que realizei no campo de recursos humanos em saúde, tinha natureza descritiva e buscava quantificar os tipos de cursos e o número de diplomados em cada curso, tomando como objeto as distintas modalidades de cursos de saúde pública no Brasil desde seu início, na década de 1920.

Pode-se perguntar, então, por que a formação em saúde pública, nessa época, surgiu como prioridade para essa pequena pesquisa em recursos humanos. Entendo que a resposta deve ser buscada no quadro legal de competências institucionais do Ministério da Saúde nesse período. Ao Ministério da Saúde, havia sido reservada, pela Lei do Sistema Nacional de Saúde de 1975 uma função específica, relacionada “preferencialmente com ações de interesse coletivo”, ou seja, com atividades que são peculiares à saúde pública, conforme consta do artigo primeiro:

*O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, nos seguintes campos de ação:*

*I - do Ministério da Saúde, ao qual compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo (...).*

---

<sup>1</sup> Médico, doutor em saúde coletiva e técnico de planejamento e pesquisa do Ipea (Diretoria de Estudos e Políticas de Estado, Instituições e Democracia - Diest). Pesquisador do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nesp/Ceam/UnB.

É nesse contexto de novas definições legais acerca das competências do Ministério da Saúde, que surgiram como ações prioritárias de recursos humanos duas iniciativas que destaco aqui: 1) o apoio à formação em saúde pública através da descentralização desses cursos para além do Rio de Janeiro e de São Paulo; 2) o apoio à formação intensiva e maciça em saúde pública através de “cursos curtos”, realizados pela Escola de Saúde Pública da USP.

Esse é o mesmo contexto que propiciou que eu fosse contratado como auxiliar de coordenação do primeiro curso descentralizado de Saúde Pública, realizado em Brasília em 1977, na própria sede Ministério da Saúde. A coordenação geral do curso coube a João Yunes, então à frente da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES). O termo “contratado” deve ser tomado no sentido jurídico literal, visto que eu exercia essa função na qualidade de empregado celetista, admitido diretamente, portanto, não concursado. Meu vínculo era com a Secretaria de Modernização Administrativa (SEMOR) que atendia às demandas de pessoal de diversos órgãos do governo federal. Este fato em si dá uma ideia da “flexibilidade” concedida aos vínculos institucionais dos recursos humanos dos ministérios nessa época.

Esse pequeno fato histórico-institucional relacionado com as políticas de recursos humanos serve para destacar o que considero como as duas importantes ênfases definidoras do escopo das iniciativas dessas políticas por parte do Ministério da Saúde na segunda metade dos anos 1970: 1) a formação em saúde pública; 2) a formação ou capacitação de pessoal de nível médio e elementar.

Essas eram duas preocupações centrais ou estratégicas por parte do Ministério da Saúde nessa época, embora algumas das unidades “autônomas” desse ministério, por exemplo, a Fundação SESP e a SUCAM, pudessem ter outras prioridades em seu âmbito “descentralizado” de atuação. Se o Ministério da Saúde ultrapassasse esses limites das ações de interesse ou alcance coletivo, passando a se voltar, por exemplo, para a qualificação do pessoal dos hospitais do antigo INAMPS, estaria se imiscuindo nas competências que pertenciam ao Ministério da Previdência Social, a quem eram atribuídas ações de interesse ou alcance individual.

É a partir do divisor de águas de competências institucionais tão claramente demarcados nessa época, que se pode avaliar o enorme “salto institucional” que foi dado nos anos 1980 mediante a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) e, nos anos 1990, mediante sua implantação, soterrando em definitivo o fosso legal que foi criado entre os dois tipos de ações de saúde: as de “alcance coletivo”, ou seja, típicas de saúde pública, e as de “alcance individual”, típicas da assistência à saúde individual.

No que tange às iniciativas educacionais para o pessoal de nível médio e elementar, houve, ainda na segunda metade dos anos 1970, todo um conjunto de estratégias e iniciativas educativas, definidas através da equipe do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal (PPREPS). Esse programa era executado com relativa autonomia pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) através de convênio com o Ministério da Saúde e com o Ministério da Educação. Posteriormente, o acordo interinstitucional foi ampliado mediante a adesão do Ministério da Previdência Social. Trabalhei como membro do quadro de consultores desse acordo entre 1980 e 1986, no qual tive a oportunidade única de acompanhar a elaboração do projeto PREVSAÚDE, que foi um plano nacional detalhado de integração entre serviços básicos e serviços hospitalares, o qual, embora deixado de lado pelas autoridades da época, deu origem a muitos dos conceitos fundamentais incorporados pela Oitava Conferência Nacional de Saúde de 1986 para a definição doutrinária daquilo que viria a ser o SUS.

Surge e se consolida, nesses anos, a política de serviços básicos de mediante um amplo esforço de financiamento e de assistência técnica ao Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Ministério da Saúde (PIASS), que acabou por dar grande destaque à qualificação de pessoal de nível médio e elementar, especialmente através da atuação pedagógica dos supervisores da rede assistencial. Considerava-se que o supervisor não podia mais ser tido como alguém que se mobiliza apenas com o propósito de avaliar e corrigir o que está sendo feito pelos que atuam na rede descentralizada de serviços básicos. Ao contrário, ele passa a ser considerado um motivador e o ator central de processos educacionais formais e informais (formal no sentido de propiciar o acesso a um diploma emitido pelas instituições educacionais pertinentes). O papel pedagógico do supervisor seria posteriormente ainda mais destacado nos processos formalizados de capacitação do Projeto Larga Escala, concebido por Isabel Santos como parte dos objetivos estratégico do PPREPS no campo da educação continuada de nível médio.

Portanto, as prioridades políticas de “recursos humanos” que se desenharam nessa época anterior à formulação constitucional do SUS abrangiam alguns recortes bem específicos dentro do Sistema Nacional de Saúde (SNS), como parte da rede de serviços básicos de saúde e das ações de alcance coletivo (nas áreas de saneamento, imunização, atenção materno-infantil e outras), a saber: a atuação pedagógica dos supervisores-instrutores e a ênfase na melhoria da qualidade educacional do pessoal de nível médio e elementar que estava em contato direto com a população. Atuando em relativa consonância, esses dois programas, o PIASS e o PREPPS, reforçaram o alcance das políticas para a formação de pessoal de nível médio de saúde em todo o país e constituíram fontes de conceitos e de métodos que vieram a inspirar iniciativas no âmbito do SUS, nos anos 1990.

A educação para o trabalho em saúde como objeto de pesquisa se consolida gradualmente nesse período e ganha projeção através dos estudos conduzidos pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz. Pode-se dizer, contudo, observando-se o conjunto da produção acadêmica desde o início dos anos 1980, que os estudos sobre tendências da força de trabalho em saúde tiveram maior difusão e predominância numérica em comparação com os estudos acerca da formação para o trabalho. Ao longo da década de 1990, a pesquisa acerca de força de trabalho/mercado de trabalho em saúde finalmente se consolida em alguns centros acadêmicos, tais como a Escola Nacional Pública do Rio de Janeiro, o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e o Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília.

A hipótese aventada aqui, portanto, é que os objetivos educacionais (capacitação, reciclagem, formação de pessoal, com ênfase no pessoal de nível médio e elementar) constituíram o grande destaque das políticas de recursos humanos no âmbito do Ministério da Saúde na segunda metade dos anos 1970 e início da década de 1980, mas, logo em seguida, surgiram, por motivação institucional, as prioridades relacionadas às tendências do mercado e da organização do trabalho em saúde. A ênfase nos aspectos educacionais vai gradativamente cedendo lugar às preocupações com os detalhes daquilo que hoje se chama de gestão do trabalho, incluindo os planos de cargos e salários, a avaliação de desempenho, a negociação coletiva do trabalho, etc. Mas essa linha de desenvolvimento não poderia ganhar impulso político-institucional suficiente senão através do quadro geral de diretrizes esboçado pela Oitava Conferência Nacional de Saúde de 1986, em grande parte incorporado ao feito legal do SUS definido pela Constituição de 1988.

Os estudos sobre força de trabalho em saúde vêm dos anos iniciais da década de 1980 e precedem a elaboração dos conceitos e métodos de gestão do trabalho, que vão surgir somente na segunda metade da década de 1990. Deve ser devidamente enfatizada essa precedência histórica porque o que veio a discutido e proposto acerca das políticas de gestão do trabalho, a partir do governo que toma posse em 2003, tem muito a ver com os estudos e o protagonismo político dos autores dedicados ao tema da força de trabalho em saúde ao longo da década de 1990.

### *Ideia-força inicial: o conceito de força de trabalho em saúde*

Os primeiros estudos realizados no Brasil sobre o que hoje é denominado de trabalho em saúde tinham um objeto bastante limitado do ponto de vista do amplo sentido coletivo da prestação de serviços de saúde, tal como atualmente o identificamos. A medicina social latino-americana dos anos 1970 estava preocupada mais que nada com o médico e seu trabalho, destacando-se, no âmbito dos primeiros estudos realizados sobre o assunto, as figuras de Juan Cesar Garcia, Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca.

Alguns exemplos de perguntas fundamentais de pesquisa formuladas a esse respeito:

1. Como o trabalho médico se relaciona historicamente com a organização econômica e ideológica de cada tipo de sociedade e, especialmente, com a estrutura social e econômica das sociedades capitalistas contemporâneas?
2. O trabalho médico é economicamente produtivo, ou seja, produz valor e mais-valia, ou tem apenas uma dimensão social e ideológica?
3. Como o trabalho médico se organiza em modalidades que são algumas mais ou menos autônomas e outras nitidamente empresariais?
4. Como o trabalho médico adota formas específicas de organização para prestar serviços e manter-se como uma atividade liberal ou assalariada?
5. Como o trabalho médico se relaciona com seus clientes e financiadores, na medicina privada e na medicina socializada da previdência social pública?

Em 1976, participei na Escola Nacional de Saúde Pública (Projeto PESES/PEPPE), de uma pesquisa coordenada por Sérgio Arouca acerca do trabalho médico. Essa pesquisa acabou por focar mais que nada as questões da medicina previdenciária brasileira, sob a influência das contribuições de Sonia Fleury. Minha tese de mestrado de medicina social de 1977 (UERJ), orientada por Arouca, tomou como objeto a primeira das questões enumeradas acima, enfocando a formação social das práticas médicas, da Idade Média ao século XIX. Na verdade, a tese tem muito a ver com o conceito de trabalho em saúde, pois parte da interpretação de que a noção de trabalho é distintiva do cirurgião, em contraste com a atividade intelectual ideológica, própria do médico internista, então denominado de *físico*. A cirurgia, historicamente, sempre representou a forma paradigmática do trabalho médico, tal como está contido no seu sentido etimológico (*cir-urgia*, trabalho manual).

Ainda em 1977, escrevi um longo ensaio sob o título *Capital e Trabalho nos Serviços de Saúde*, em que busquei caracterizar o trabalho em saúde como um serviço que não produz valor, no sentido da economia clássica e, especialmente, de Marx. Os serviços de saúde podem ser a base para os lucros dos empresários de saúde, mediante o mecanismo de redistribuição do valor e da mais-valia produzidos em setores propriamente produtivos da economia. Esse tipo de debate e de formulação no âmbito da economia marxista era comum nessa época e o que procurei fazer foi sistematizar certas análises e

conclusões que me pareciam equivocadas devido à predominância de interpretações vulgares da teoria do valor-trabalho. Entre as conclusões desse ensaio, uma diz respeito à relevância dos serviços de saúde para o conjunto da economia, da seguinte maneira:

*Os serviços de saúde, resumidamente, contribuem à acumulação capitalista da seguinte maneira: 1) promovem a circulação de valores, possibilitando à realização da mais-valia para o setor industrial e a mais rápida conversão da forma  $M'$  à forma  $D'$ , importando, em consequência, numa diminuição do tempo de circulação e de rotação desse capital (função semelhante a do comércio de bens de saúde); 2) propiciam uma relativamente discreta acumulação em seu próprio setor através das empresas capitalistas de serviços de saúde; 3) ampliam o mercado de bens de saúde, atuando em forma auxiliar e complementar à circulação simples desses bens que se verifica pelo comércio; 4) criam necessidades de novos bens de saúde (tecnologias) e, portanto, fazem surgir novas alternativas de investimentos produtivos.*

Esse entendimento econômico acerca da essência do trabalho em saúde como *serviço* teve uma grande influência sobre o uso posterior que fiz da noção de força de trabalho em saúde. Em primeiro lugar, porque entendi que não cabia mais conferir tanto destaque ao trabalho do médico, porque o trabalho nos serviços modernos de saúde (descontado o caso da sobrevivente medicina liberal) é essencialmente coletivo, não por acaso, já que tem que ser assim para poder garantir uma adequada produtividade desse setor econômico e de sua integração com outros setores da economia e, sobretudo, para atender adequadamente as necessidades sociais de saúde, as quais, por sua vez, têm a ver com as políticas e as instituições do Estado moderno no campo da saúde como um todo.

Pode-se afirmar que para uma boa parte dos pesquisadores dessa linha a partir do começo da década de 1980, o objeto considerado digno de investigação deixou de ser o trabalho médico e passou a englobar a totalidade dos que trabalham no setor de serviços de saúde. Começou-se a falar cada vez mais de trabalho em saúde e força de trabalho em saúde. Por isso, as cinco grandes perguntas mencionadas anteriormente sobre o trabalho médico passaram a ser debatidas em relação ao trabalho em saúde como um todo.

A ideia-força que esteve por trás de minhas contribuições iniciais neste campo de estudo é o conceito de força de trabalho em saúde. Trabalho é um conceito com longa tradição dentro da economia clássica de Ricardo, Smith e Marx. Neste caso, “força” tem um significado filosófico muito especial, a saber, é sinônimo de capacidade ou potencialidade. Cumpre sublinhar, a esse respeito, que Marx, discrepando de Ricardo, insistia no fato relevante de que o produtor capitalista não compra o trabalho como tal, mas sua capacidade de trabalho ou, seja, sua força de trabalho, para a execução de qualquer função no âmbito de um dado processo de produção. Neste sentido de capacidade de trabalho (e não de utilidade específica do trabalho), o termo pode referir-se a um indivíduo ou a um coletivo: a força de trabalho de um médico ou a força de trabalho de um dado hospital.

No que tange à dinâmica própria dos recursos humanos em saúde, algumas das análises realizadas sobre essa questão nos anos 1970 procuravam distinguir os papéis do “aparato formador” e do “aparato utilizador” como parte de uma visão inspirada pela Teoria dos Sistemas. O objetivo era identificar, a partir desse modelo bipolar, consonâncias e dissonâncias de ordem qualitativa ou quantitativa entre oferta e demanda. Eram estranhos a esse modelo interpretativo, os conceitos de mercado de trabalho ou formação para o trabalho. A noção de trabalho não tinha lugar nesses esquemas interpretativos funcionalistas. Os estudos orientados pelo conceito de força de trabalho em saúde foram inovadores,

nesse sentido, porque se confrontaram com esse quadro teórico simplista e formalista que fazia parte das análises usuais de recursos humanos em saúde.

Ao incorporar a noção de força de trabalho em saúde, minha intenção era enfatizar várias dimensões sociais do trabalho no âmbito dos serviços de saúde. Em primeiro lugar, evidenciar que se trata de um determinado setor de serviços da divisão do trabalho no conjunto da economia, cada vez mais importante por ser demandado como um serviço vital para o conjunto da sociedade e não apenas, de acordo com uma visão reducionista da época, “para reproduzir a força de trabalho”. É o conjunto da sociedade capitalista que precisa desse tipo especial de serviço e não apenas os trabalhadores dos setores mais avançados da economia capitalista. Em segundo lugar, para deixar de lado a interpretação tradicional dos estudos da área que estava vinculada à noção de “recursos humanos em saúde”. Muitos autores criticaram essa noção pelo fato de transformar o ser humano numa função de utilidade, ou seja, em recurso para um dado fim. Contudo, a noção de força de trabalho - é preciso ser sublinhado - não se filia a qualquer linha “humanista” de interpretação. Ela surge subordinada às várias correntes da interpretação clássica da economia, especialmente de Ricardo e Marx, os quais, com a pretensão de fornecer uma visão científica, tencionavam ser realistas, ou seja, fiéis à realidade crua dos fatos da economia, mesmo que fosse para criticá-los radicalmente com vistas à sua transformação, como é o caso de Marx.

Portanto, a abordagem de força de trabalho em saúde não representava uma visão humanista de modo algum. Ela pretendia introduzir, sim, uma visão crítica do trabalho em serviços de saúde, no sentido de não mais analisá-lo separadamente do conjunto dos setores econômicos da sociedade. Um dos principais alvos dessa abordagem no início dos anos 1980 era justamente a teoria dos sistemas que então vinha sendo aplicada para entender “como funciona” o setor saúde.

Em meu artigo *A Força de Trabalho em Saúde*, de 1983, é dito o seguinte, como crítica da teoria dos sistemas em contraposição a uma interpretação de força de trabalho:

*...ela não analisa a produção material a partir da especialidade do trabalho humano, mas considera o trabalhador como elemento que, flexivelmente combinado aos demais recursos institucionais, entra num processo para dar origem ao produto almejado. A produção é concebida como relações de mudança e transformação entre as coisas.*

*Por outro lado, a teoria da economia política clássica (e, sobretudo, o marxismo) acentua não a plasticidade ou organicidade de uma combinatória de recursos, mas, em primeiro lugar, a natureza do processo de trabalho: trata-se de um trabalho isolado ou associado? Como se dividem tecnicamente as tarefas entre os trabalhadores da unidade de produção e como seu produto se relaciona com o de outras unidades? Como atuam as forças produtivas no setor, as inerentes ao próprio trabalho (por exemplo, cooperação) e aquelas que resultam de aplicações científicas e tecnológicas?*

(...)

*Por isso tudo, tomados a partir de suas raízes doutrinárias, os conceitos de recurso humano e força de trabalho levam a resultados teóricos muito diferentes e, de certa forma, incompatíveis.*

Portanto, o propósito fundamental da análise de força de trabalho em saúde é que tenha uma orientação crítico-analítica da relação entre o trabalho em saúde e a sociedade em que se realiza. Aqui tomarei o artigo de André Cezar Medici, publicado em 1986 sob o título *A Força de Trabalho em Saúde*:

*Percalços e Tendências*, como exemplo de estudo teórico-empírico adequado a essas exigências metodológicas.

O autor destaca o que denomina “tendência ao crescimento acelerado da força de trabalho em saúde”, comprovada pelo fato de que, na década de 1970, “enquanto a população economicamente ativa expandia em 51,7%, os trabalhadores do setor saúde tinham um incremento bruto de 109,1%”. Seu comentário acerca desse fenômeno é o seguinte:

*A tendência ao crescimento acelerado da força de trabalho em saúde, na década de 70, respondeu, portanto, à lógica do Estado e dos grupos médicos, em tornar o setor saúde rentável para o capital privado. No entanto, o largo crescimento econômico da primeira metade da década e o fato de o setor servir de paliativo para as demandas sociais insatisfeitas com os mecanismos de arrocho salarial, sem que os trabalhadores pudessem ter seus verdadeiros canais de expressão, contribuíram muito para o crescimento do emprego no setor.*

Cabe perguntar se esse tipo de exigência de pensamento crítico-analítico foi devidamente seguido ao longo do desenvolvimento dessa linha de estudos nas décadas de 1990 e 2000. Aqui levanto a suspeita de que o posicionamento crítico-analítico foi pouco a pouco cedendo lugar ao posicionamento descritivo, envolvendo pesquisas empíricas orientadas para o acompanhamento das tendências de crescimento da força de trabalho em saúde e de suas características demográficas e institucionais.

Se essa hipótese é verdadeira, duas explicações alternativas podem ser propostas: 1) a própria ideia-força da noção de *força de trabalho em saúde* foi se enfraquecendo nos períodos posteriores; 2) essa ideia nunca teve força teórica autoconsciente coletivamente e passou a ser apenas um rótulo equivalente a *recursos humanos em saúde* devido a distintos condicionamentos institucionais ao longo do tempo. Minha interpretação atual acompanha a segunda hipótese, como será exposto adiante.

### *Apoio institucional ao estudo empírico da força de trabalho em saúde no Brasil*

A maioria dos estudos sobre força de trabalho em saúde esteve voltada para levantar dados empíricos e a identificação de tendências do conjunto da força de trabalho em saúde em todo o território nacional: crescimento acelerado, feminização, rejuvenescimento e aumento do nível de escolaridade, etc.

Quando a análise se centra em tendências, é importante contar com a regularidade fontes de acordo com períodos regulares - anuais, quinquenais ou decenais. Os pesquisadores do campo de força de trabalho em saúde contavam desde os anos 1970-80 com essa regularidade periódica das fontes de dados através do apoio do Governo Federal que possibilita a realização periódica do Censo Demográfico, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e do Inquérito de Assistência Médico-Sanitária (AMS), principais fontes de dados para essas pesquisas. Sem uma instituição com o IBGE, com sua ampla capacidade metodológica e dotação de recursos apropriados, essa regularidade não poderia ser mantida, nem os dados teriam tanta confiabilidade. No caso da AMS, o Ministério da Saúde foi a instituição que teve o protagonismo inicial, mas o apoio IBGE revelou-se igualmente fundamental para a adequação metodológica e a viabilização do levantamento de dados junto à rede assistencial. Posteriormente, o IBGE assumiu por inteiro a realização anual da AMS.

Os estudos pioneiros sobre força de trabalho em saúde na década de 1980 beneficiaram-se bastante do acesso amplo a essas fontes de dados. Por coincidência, André Medici era servidor do IBGE e graças a

isto conseguimos mobilizar amplamente esse apoio institucional para obter acesso direto às fontes de dados, que na época eram disponibilizadas em fitas magnéticas para computadores de grande porte. Com a ajuda de estatísticos-programadores era possível transformar a informação contida nessas fitas em tabelas impressas em papel e ainda não em meio magnético. Na preparação das pesquisas sobre força de trabalho em saúde, essas tabelas eram interpretadas e transpostas ao papel como tabelas resumidas. Somente na segunda metade dos anos 1980 é que foi possível utilizar computadores pessoais para o tratamento desse tipo de dado com a progressiva disponibilização de disquetes pelo IBGE.

Quando em 1986, a pedido da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), escrevi um artigo sobre tendências da força de trabalho em saúde na região das Américas, em colaboração com Pedro Brito, tomei consciência de que a grande maioria dos outros países de nosso continente não contava com levantamentos estatísticos da mesma magnitude e regularidade. Era impossível traçar tendências sistemáticas, como fazíamos para o Brasil, e compará-las entre os diversos países. Em 1987 fui trabalhar na sede da Opas em Washington tendo como projeto um levantamento global e comparativo da força de trabalho em saúde nas Américas.

Como eu tinha pendores de programador de microcomputador, desenvolvi um banco de dados específico para esse fim, chamado de *Fuersalud*. Mas, confesso que fracasei no que se refere à compilação e organização dos dados propriamente ditos, simplesmente porque eles não eram produzidos e divulgados regularmente pelas instituições nacionais. O caso exemplar era o da Argentina sobre a qual muitos afirmavam que não havia como saber a quantidade de médicos no exercício da profissão e onde estavam radicados. Quando voltei ao Brasil em 1989, uma das tarefas a que me dediquei na Escola Nacional de Saúde Pública foi a de continuar a desenvolver um programa de computador (chamado Unidado) para ajudar no manejo de dados que expressassem tendências nacionais da força de trabalho em saúde.

Na segunda metade da década de 1990, graças ao progressivo fortalecimento institucional do DATASUS, pude constatar que esses esforços individuais de organização da informação eram desnecessários. O DATASUS já dispunha não somente de um programa de microcomputador adequado para o estudo de tendências da força de trabalho em saúde (denominado Tabnet), como também disponibilizava on-line toda a base de dados da AMS.

Com esse relato, quero enfatizar a importância das estruturas institucionais adequadas para qualquer tipo de análise de tendência em saúde. Os esforços individuais são decisivos na sistematização e interpretação dos dados, mas são pouco significantes do ponto de vista da sustentabilidade das linhas de pesquisa acerca do trabalho em saúde. Cada vez mais esses estudos dependem de dados que são coletados e divulgados por instituições públicas. No tocante aos dados sobre egressos dos cursos de nível superior nas carreiras de saúde tem sido de grande relevância a coleta anual de informação que está a cargo do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, vinculado ao Ministério da Educação.

### *Desdobramentos metodológicos e institucionais da linha de estudos sobre força de trabalho em saúde*



O que vem acontecendo, então, com o conceito de força de trabalho em saúde? Minha resposta é: em vez de ser um conceito de crítica e compreensão da dinâmica econômica dos serviços de saúde, bem como de suas falhas e problemas, tornou-se uma categoria descritiva aplicada aos ocupados com funções de saúde. Essa noção passou a ser entendida como designando o estoque de todos os que estão ocupados no campo do emprego e das funções de atenção à saúde, envolvendo funções de profissionais de saúde, técnicos e auxiliares administrativos. Portanto, *força de trabalho em saúde* deixa de ser um conceito de compreensão crítica da economia setorial e nacional. O método de estudo da força de trabalho em saúde transformou-se numa *descrição funcional e demográfica dos que estão ocupados nos setores públicos e privados de saúde*. Trata-se de uma descrição que toma como objeto as diversas categorias de trabalhadores de saúde, distribuídos de acordo com variáveis tais como: idade, sexo, formação profissional, renda, tipo de unidade de saúde, localidade de origem (para identificar migração de profissionais), etc.

Assim, os estudos de força de trabalho em saúde perderam sua capacidade interpretativa dos problemas econômicos e sociais do trabalho em saúde no âmbito do conjunto da economia nacional e se concentraram em quantificar determinadas características do estoque de funções potenciais dos que estão ocupados com a assistência à saúde. Em resumo, esse tipo de estudo abandona sua potencialidade interpretativa da relação entre saúde, sociedade e dinâmica econômica, como indicada por André Medici, e adota a perspectiva de análise meramente descritiva dos ocupados em funções de saúde e dos que são egressos dos cursos de diversos níveis educacionais. Supostamente, essa análise descritiva serve como subsídio para as políticas e o planejamento de pessoal de saúde em todo o território nacional.

Essa é também uma autocrítica. O que posso dizer como justificativa dessa mudança no método de análise (que pode ser chamada de “virada pragmática” dos estudos sobre trabalho em saúde) é que ele reflete algumas características político-institucionais da sociedade brasileira, consideradas em dois momentos distintos: o período ditatorial e o da redemocratização, incluída neste último a fase da Nova República. Durante a ditadura, nós, os pesquisadores, sentíamos a necessidade de sermos críticos, enquanto durante a redemocratização, sentíamos a necessidade de contribuir de algum modo para os processos de mudança do sistema de saúde brasileiro mediante análises de natureza empírica.

Na primeira fase, a maioria das pesquisas era realizada como parte das funções acadêmicas ou institucionais de cada grupo, inclusive mediante teses de mestrado e doutorado. Cecília Donnangelo é seguramente a figura mais destacada dessa fase e entendo que foi ela que brindou dignidade intelectual aos estudos de força de trabalho em saúde. Na segunda fase, que podemos identificar com as décadas 1990 e 2000, surge uma produção em série que passa por fora do formato e das obrigações características da academia. Foram criadas então certas vias institucionais, mais ou menos estáveis, de financiamento, envolvendo o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O caráter empírico esperado dos estudos desta última fase fica bem evidenciado através do próprio título dado aos grupos de pesquisa que foram organizados em diversas instituições universitárias a partir 1999: observatório de recursos humanos em saúde.

Contudo, cumpre sublinhar que tal denominação está longe de ser uma peculiaridade brasileira. O título de observatório é aplicado em todo o mundo a inúmeros grupos de estudos empíricos e analíticos no campo das ciências humanas e sociais, de modo que se deve reconhecer que fomos influenciados não somente pela conjuntura político-institucional do nosso país, mas também por uma tendência “epistemológica” global.

Por outro lado, não é certo que os gestores do campo de recursos humanos em saúde estejam satisfeitos com esse caráter empiricista das pesquisas realizadas pelos observatórios. Ao que tudo indica, a existência dos observatórios de recursos humanos em saúde dá prestígio aos gestores, mas suas preocupações são frequentemente de outra natureza e de curto prazo, em relação a este ou aquele problema que identificam em suas prioridades de ação política. Os gestores parecem suspeitar que os observatórios tornaram-se voltados para si mesmos e não mais funcionam como instrumento de identificação de prioridades de políticas.

Contudo, essa situação é apenas um pequeno exemplo da contradição que se instala amplamente entre os processos de produção de conhecimentos científicos e as políticas de Estado. Os gestores públicos vivem sob a sensação de que suas metas e métodos não são contemplados pelas pesquisas financiadas pelo Estado. Resulta daí, algumas vezes, que se sintam tentados a criar seu próprio grupo de pesquisa, um observatório próprio.

Acredito, no entanto, que essa posição é um contrassenso numa democracia. A função de interpretação e seleção dos resultados de todas as formas de pesquisa cabe à assessoria geral de cada gestor público e não faz sentido criar um grupo específico para tanto, cujos integrantes poderiam ser mudados por cada nova autoridade que assumisse o cargo de direção.

Contudo, há outro tipo de argumentação contrária a essa reivindicação de maior pertinência dos resultados das pesquisas de força de trabalho em relação aos objetivos estratégicos dos gestores. É que essas pesquisas não são feitas necessariamente para dar mais precisão ou embasamento para os atos de governo. As pesquisas da área talvez tenham como principal propósito enriquecer os debates públicos da sociedade e do setor saúde, em particular, mediante o fornecimento de conhecimentos específicos e de abordagens inovadoras. Assim, pode-se dizer que os principais beneficiários das informações e conclusões fornecidas por essas pesquisas são os sindicatos, as associações profissionais e as instituições universitárias em seu sistema de pós-graduação. Assim, a questão sobre qual deve ser a contribuição para a gestão das políticas setoriais por parte das pesquisas sobre o trabalho em saúde não é diferente daquela de qualquer outra área que busca ter relevância pragmática ou que tenha como fim simplesmente fazer avançar o conhecimento numa dada área de investigação.

### *Origens e evolução da noção de gestão do trabalho em saúde*

Como se passou da noção de força de trabalho em saúde à noção de gestão do trabalho em saúde? Acredito que não houve propriamente uma transição porque as duas noções surgiram de contextos institucionais e de orientações “epistemológicas” distintas. A primeira aparece nos começos dos anos 1980 como categoria analítica e descritiva advinda do campo da ciência econômica. A segunda aparece no final dos anos 1990, como uma categoria usada para orientar a atuação política dos gestores no âmbito do novo sistema de saúde que se define então, o SUS. A noção de gestão do trabalho assumiu desde o início uma conotação de militância na perspectiva dos trabalhadores. Neste sentido, não se preconiza a gestão do trabalho no SUS como um instrumento meramente administrativo nas mãos dos gestores, ou seja, que possa excluir a participação dos trabalhadores e, mais concretamente, que seja indiferente em relação à necessidade de implantar processos de negociação coletiva. A perspectiva participativa foi continuamente enfatizada e reforçada a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, em 2003.

Mas há uma pergunta anterior a essa, que é: de onde vem a categoria gestão? Evidentemente, vem das ciências administrativas. Mas há um precedente no campo das políticas de saúde, que é a expressão “gestão do SUS”. Penso que esta expressão foi usada desde o início para dar um sentido político às funções de administração do Estado, entendendo que gestão é um processo que tem caráter político, ao contrário, de “gerência” ou “administração”, que podem ser considerados apenas em sentido técnico. Usa-se a palavra *gestão* para denotar o que é novo, inovador ou modernizador, em contraste com esses dois outros termos (veja-se, a este respeito, o verbete “Gestão”, no Dicionário de Políticas Públicas de G. Giovanni e M. A. Nogueira). No contexto político-institucional de 2003 em diante, o conceito de gestão do trabalho no SUS pode ser explicitado assim: “é o processo de inovação das relações de trabalho no SUS fundamentado na participação dos trabalhadores”. Entendido assim, gestão do trabalho não é sinônimo de administração de pessoal ou de processos específicos e relativamente técnicos tais como o desenvolvimento de planos de cargos e salários.

Sem este sentido prescritivo e contextualizado num dado momento da história institucional, a gestão do trabalho se reduz em suas possibilidades de abrir novos horizontes para os próprios trabalhadores. Essa questão não se restringe, de modo algum, à utilização da palavra *gestão*, mas se define pelo sentido prioritário de inovação institucional que advém do processo de participação coletiva dos trabalhadores na definição de diretrizes e normas que regulam as relações de trabalho. O importante é que se entenda a noção de gestão do trabalho a partir das características particulares do contexto político-institucional particular em que surgiu no qual é inseparável das noções de participação e, mais concretamente, de negociação coletiva das condições de trabalho.

Contudo, o conceito de gestão do trabalho no SUS pode, eventualmente, não ser desenvolvido em seu aspecto inovador, mas apenas usado para a denotação de processos gerenciais diversos relacionados com o trabalho em saúde. A definição dada pela NOB-RH, por exemplo, tem esse defeito, ou seja, é exaustivamente e redundantemente descritiva, de modo que o sentido teológico da participação se perde por completo:

*Para efeitos desta NOB, considera-se Gestão do Trabalho no SUS a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras.*

Essa é uma definição tecnocrática. Há apenas alusão às funções que poderiam ou deveriam ser consideradas como típicas da gestão do trabalho. De fato, aí a expressão não é usada como um conceito, mas apenas como um rótulo para uma atividade institucional já existente e corriqueira. A palavra *gestão* perde o seu sentido inovador e teleológico, ou seja, deixa de apontar para uma mudança institucional e um guia para uma transformação política das relações de trabalho. A NOB-RH pressupõe que a gestão do trabalho em saúde já está implantada, enquanto aqui insisto na necessidade de entendê-la como um preceito ou um projeto, envolvendo algo que precisa ser alcançado. Mas, naturalmente, se o contexto político-institucional muda, também muda, evidentemente, aquilo que deve ser entendido como “gestão do trabalho”.

Pode-se perguntar se o que foi dito nestas anotações acerca da relevância da participação social na “gestão do trabalho em saúde” aplica-se à “gestão da educação em saúde”. Digo que sim, porque é evidente que se a inovação educacional não é participativa ou não pretende, como projeção de futuro,

ser participativa, perde muito de sua capacidade de transformação social. Nesse sentido, cabe lembrar o fato de que a figura e o pensamento de Paulo Freire estiveram sempre presentes nas iniciativas dessa outra diretoria da SGTES/MS.

No âmbito do governo federal, o contexto político-institucional de 2003 a 2016 está marcado por políticas, programas e iniciativas que ressaltam a categoria *trabalho*, algo esperado e natural, na medida em que se trata do período de hegemonia política do Partido dos Trabalhadores. Logo no início do governo do PT, foi criada a Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho no Serviço Público (SEGRT) no âmbito do Ministério do Planejamento. Ao mesmo tempo, foi instalada a Mesa Nacional de Negociação Permanente, com representantes dos sindicatos e do governo, cuja finalidade era “garantir a democratização das relações de trabalho através da criação de um sistema permanente de negociação coletiva que explicita os conflitos e demandas decorrentes dessas relações na Administração Pública Federal, direta, autárquica e fundacional, e avance na melhoria da qualidade dos serviços prestados à população”. Essa mesa nacional tinha um desdobramento setorial através da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde, junto ao Ministério da Saúde.

A hegemonia da ideia de serviço público e das normas do direito administrativo, enraizada na linguagem oficial, fez com que, por muito tempo, a palavra “trabalho” tivesse pouco uso na linguagem oficial e não se apresentasse como uma designação geral em relação àquilo que o servidor público realiza em sua instituição. Em vez de trabalho, falava-se de função, serviço, atividade, atendimento etc. O quadro conceitual no âmbito da administração pública ainda hoje está dominado pela imagem coletivista sobre o servidor público civil, um prestador de serviços cujos deveres e direitos são regulados coletivamente pelo poder legal do Estado. Juridicamente, a relação do servidor público estatutário com sua instituição não é considerada uma relação de trabalho, na medida em que não é dependente de contratos individuais ou coletivos de trabalho. De acordo com o sentido consagrado em nosso direito administrativo, servidor estatutário é aquele que adere a um conjunto de normas que explicitam seus deveres e direitos, que é o estatuto do servidor público.

Nesse sentido, cada servidor público estatutário estabelece com o Estado uma relação que tem caráter de convênio, envolvendo objetivos e interesses que se admitem serem comuns ou convergentes entre esses dois agentes, o servidor público civil e o Estado. Por isso, a relação jurídica do servidor estatutário jamais é tomada como equivalente à relação celetista do trabalhador comum com seu patrão, contratado de acordo com as regras vigentes de compra e venda no mercado de trabalho. O celetista também está presente no setor público, mas pode ser dito que é uma exceção. Encontra-se basicamente vinculado às empresas públicas, ou seja, à administração pública indireta, sendo minoritário quando comparado ao grande número de estatutários no conjunto das instituições.

No que concerne às questões de pessoal, o conceito de trabalho e de mercado de trabalho colocaram-se sempre em posição de antagonismo à concepção inevitavelmente normativa do direito administrativo brasileiro, que busca dar fundamento jurídico à relação peculiar do servidor público estatutário com o Estado. O conceito de força de trabalho parece estar deslocado em relação àquilo que rege a função do servidor público tradicional no Brasil, nomeadamente, a subordinação a um estatuto e, portanto, em obediência ao princípio de legalidade da ação do Estado.

O conceito de força de trabalho vem dos estudos da economia política clássica, de Ricardo, Smith e Marx, tendo por detrás de si o pressuposto da relação contratual entre patrão e empregado. Surge, portanto, da dimensão da troca mercantil entre contratador e contratado. O servidor público, ao contrário, aceita se submeter às injunções legais que dizem quais são seus deveres e direitos. Mas, de

modo geral, pode-se dizer que para a esquerda trabalhista esse suposto caráter de convenção tem um feitiço ideológico e se presta a esconder o conflito laboral potencial do servidor público com o Estado. Essa acusação subentende que o coletivismo do regime estatutário traz consigo traços totalitaristas e o argumento se fortalece quando se considera que o Departamento de Administração do Estado (DASP), responsável pela implantação no país do regime estatutário, foi criado sob o getulismo em 1938. O conceito de gestão do trabalho na administração pública ganhou força nos anos 1990 justamente porque partiu do pressuposto de que há interesses antagônicos entre as duas partes que precisam ser explicitados em busca de entendimento para poder brindar melhores serviços públicos à população.

A esse respeito, Maria Helena Machado observa no verbete “gestão do trabalho em saúde” do Dicionário de Educação Profissional em Saúde (Fiocruz):

*O segundo momento de reafirmação da reforma inicia-se com o novo governo, em 2003, caracterizado pelo retorno aos princípios de que saúde é um bem público e os trabalhadores que atuam são um bem público. A mudança positiva nas políticas de Recursos Humanos vem acompanhada da criação, no governo Lula, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, e mais, com a criação de dois departamentos distintos, um que trataria das questões de gestão da educação e outro da gestão do trabalho, além da imediata reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, quando a gestão do trabalho passa a ser vista como política de Estado considerando as relações de trabalho e suas implicações como centrais para a dinâmica do SUS. O que significa dizer que questões oriundas do momento anti-reforma, tais como a precarização do trabalho, a ausência de carreiras, os baixos salários pagos aos trabalhadores, a falta de negociação entre gestores e trabalhadores, a total ausência de políticas regulatórias, bem como a própria gestão do trabalho, enquanto estruturas organizacionais, passaram a constituir a agenda central do governo federal. E mais, gestão do trabalho passou ser concebida com base em uma visão política na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um ‘recurso humano’ realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação, e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos.*

O conceito de gestão do trabalho em saúde surge como uma evolução e uma aplicação de outros conceitos centrais adotados por pesquisadores da área a partir dos anos 1970, a saber, força de trabalho, processo de trabalho e mercado de trabalho. Representa, de certo modo, uma guinada pragmática e política a partir da admissão da centralidade da categoria teórica *trabalho* no campo de estudos dos "recursos humanos em saúde". A partir desse ponto, não bastaria descrever e interpretar o que acontece nesse campo. Tornou-se necessário adotar um posicionamento prescritivo que começa com a admissão de que a gestão do trabalho em saúde é inerentemente participativa ou não corresponde ao espírito original do SUS. Como diz Maria Helena Machado no texto citado anteriormente: *gestão do trabalho passou ser concebida com base em uma visão política na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde.*

Não somente as pesquisas, como também os pesquisadores desse campo de conhecimento, em suas eventuais funções de gestores, contribuíram para que o tema da gestão do trabalho ganhasse vigência e atualidade. Ainda assim, deve ser acentuado que a linha de pesquisa acerca dos problemas da gestão do trabalho no SUS apenas começa a ser desenvolvida e ainda apresenta uma discussão limitada dessa problemática. A esse respeito, questões diversas deveriam estar sendo examinadas, por exemplo:

- 1) Qual o grau de difusão no SUS dos processos de participação e, precipuamente, de adoção das mesas permanentes de negociação?
- 2) Como os trabalhadores e os gestores avaliam essas experiências e mecanismos institucionais de participação?
- 3) Quais foram as mudanças institucionais favorecidas ou obtidas diretamente?
- 4) Qual tem sido o papel exercido pelos sindicatos e pelas entidades dos gestores públicos nesses processos?

Todas essas questões são expostas e examinadas mais claramente em suas implicações institucionais concretas mediante o acesso direto aos relatos de casos ou experiências institucionais de gestão do trabalho em saúde de acordo com as opiniões dos gestores e dos trabalhadores do SUS.

### *Três posicionamentos contrapostos acerca da gestão do trabalho em saúde*

Na história recente da administração pública brasileira, observam-se dois movimentos contrapostos em relação a essa aproximação entre a condição de servidor e a condição de trabalhador. De um lado, estão os defensores da eficiência do Estado, que querem ampliar a difusão do vínculo CLT no âmbito das instituições de Estado, especialmente em setores de prestação de serviços, como saúde e educação, em nome da flexibilidade e da eficiência da gestão pública. De outro, estão os que defendem a ampliação dos direitos de participação e negociação das condições de trabalho dos servidores públicos, mas que rejeitam o tipo de vinculação próprio do empregado público celetista, já que lhe imputam uma intenção privatizadora, e defendem a continuidade do vínculo estatutário em todos os âmbitos da administração pública. Este posicionamento faz emergir uma contradição que não pode deixar de ser notada: o servidor público está coletivamente submetido às rígidas normas estatutárias e, em princípio, tem menor margem de liberdade de negociação de seus direitos do que um empregado público celetista.

O conflito mais ou menos explícito entre os partidários da eficiência da gestão e os partidários da participação dos servidores, entendidos como trabalhadores, ocorre à margem de uma compreensão adequada dos limites jurídicos e institucionais impostos pelo direito administrativo brasileiro com todo seu amplo arcabouço de princípios e leis. O problema não está na falta de consenso entre os defensores do direito administrativo, de um lado, e os reformistas do Estado ou os adeptos da ampla participação dos trabalhadores do setor público, de outro. O problema está no fato de que usualmente se ignora não somente o conteúdo, mas também a força acadêmica, política e institucional do direito administrativo brasileiro. E isto se aplica tanto aos reformistas do Estado quanto aos que pretendem introduzir a gestão participativa do trabalho no setor público.

A compreensão de que o servidor público como tal é um “trabalhador” continua estranha aos conceitos basilares do direito administrativo brasileiro, embora se admita que, nas últimas décadas, tenha havido diversas aproximações entre o direito do trabalho e o direito administrativo. A este respeito, Hely Lopes Meirelles observa (Direito Administrativo Brasileiro, 14ª edição, p. 26):

*Com o Direito do Trabalho e especialmente com as instituições de previdência e assistência ao assalariado, o Direito Administrativo mantém sensíveis relações, já porque tais organizações são instituídas, entre nós, como autarquias administrativas, já porque as relações entre empregadores e empregados, em boa parte, passaram do âmbito do Direito Privado para o campo do Direito Público, com o fim precípuo de mantê-las sob a regulamentação e fiscalização do Estado. Essa publicização do*

*Direito do Trabalho muito o aproximou do Direito Administrativo principalmente agora que o Estado e suas autarquias contratam empregados no regime da Consolidação das Leis do Trabalho, para atividades de natureza empresarial.*

Meirelles tem em mente o amplo uso das relações celetistas de trabalho em empresas públicas, embora tenha que ser considerado também que instituições típicas de saúde, tais como os hospitais do antigo INAMPS, lançaram mão amplamente do vínculo celetista. Outro importante exemplo dessa aproximação entre as normas da CLT e o direito público administrativo são as propostas jurídicas de Reforma do Estado, que se difundem entre nós a partir de 1995, culminando com a mudança constitucional que introduziu a figura do empregado celetista na administração direta, chamado de empregado público.

O setor saúde e, mais concretamente, o SUS era então considerado como um campo potencial para o efeito-demonstração pretendido em relação aos modelos institucionais preconizados por esse projeto de mudança modernizadora da gestão pública brasileira. Entre as novas modalidades de instituições flexíveis estavam as Agências Executivas, que se caracterizam por exercer funções regulatórias e fiscalizadoras peculiares à administração pública direta, e as Organizações Sociais, como entidades de prestação de serviços dotadas de maior flexibilidade administrativa no âmbito da administração indireta. De acordo com as definições dadas na época, as Agências Executivas seriam criadas de acordo com “qualificação a ser concedida, por decreto presidencial específico, a autarquias e fundações públicas, responsáveis por atividades e serviços exclusivos do Estado”. Por sua vez, as Organizações Sociais tinham o propósito geral de “permitir e incentivar a publicização, ou seja, a produção não-lucrativa pela sociedade de bens ou serviços públicos não-exclusivos de Estado”. A ANVISA seria um exemplo típico de Agência Executiva, enquanto um hospital do SUS seria um adequado exemplo de Organização Social. Era parte desse projeto a intenção de expandir e consolidar o vínculo celetista no setor da administração pública direta e indireta, ou seja, nesses dois tipos de entidades ou organizações. As Organizações Sociais seriam o caso-padrão onde mais se justificaria a adoção ampliada do vínculo celetista, pois eram consideradas como concorrentes do setor privado.

Como já enfatizado anteriormente, o entendimento político de que toda gestão do trabalho é participativa, e que, portanto, deve envolver a contribuição dos trabalhadores da saúde no delineamento de diretrizes e medidas relacionadas a seus deveres e direitos, é aquilo que marca o período do governo federal que se inicia em 2003. As mesas de negociação estabelecidas em diversas instâncias e níveis de governo representam o cerne dessa política que o Ministério da Saúde assumiu claramente a ponto de dispor de uma instância de alta direção, a SGTES, voltada para essa política. De um modo geral, essa corrente exalta a ideia de que o agente público que exerce suas funções no SUS é um trabalhador como outro qualquer, mas se manifesta pela vinculação estatutária e contrária à ampliação da vinculação celetista na administração pública, porque entende que essa relação contratual é a ponta de lança das iniciativas privatistas da Reforma do Estado, encetadas em 1985. Essa interpretação de que o servidor estatutário é um trabalhador como outro qualquer conflita com aquela que é dada pelas autoridades do direito administrativo, que veem na vinculação estatutária um formato jurídico que não é de natureza contratual. Contudo, não há nada, do ponto de vista dessas autoridades e da legislação, que vede a participação dos servidores estatutários em mesas de negociação e, inclusive, em movimentos grevistas.

Os partidários da Reforma do Estado, por sua vez, defendem a adoção do vínculo celetista nas autarquias e fundações (ademais das empresas públicas, em que já é a norma), porque julgam que essa vinculação possibilita que as instâncias de direção de cada entidade pública direcionem e supervisionem

mais efetivamente as atividades exercidas por cada um e também porque abre a perspectiva de demissão em caso de falta grave. Esse é o campo de disputas em torno de questões relacionadas aos estilos mais eficientes ou eficazes de gestão, o que envolve, eventualmente, a questão da satisfação dos usuários de serviços públicos de saúde, educação e outros, em virtude de a assiduidade e a atenção dos funcionários. Mas os partidários da gestão participativa do trabalho em saúde, podem dizer que há outras maneiras de garantir a adesão aos objetivos de assiduidade e atenção que não advenham do risco e do medo de demissão, mas, sim, de compromissos coletivos assumidos nas diversas instâncias de participação, de tal modo que seus interesses possam estar próximos aos interesses dos usuários dos serviços de saúde.

Pessoalmente, sou a favor da ampliação do vínculo celetista em todas as esferas da administração pública, no que estou de acordo com teses defendidas por inúmeros gestores do SUS, inclusive o ex-ministro da saúde, José Gomes Temporão. Entendo que o vínculo celetista não é um instrumento privatizante, mas é uma conquista de todos os trabalhadores brasileiros porque lhes garante ampla proteção legal contra os abusos advindos dos interesses meramente mercantis dos empresários e contra os abusos eventuais por parte das autoridades públicas. Os estatutários têm uma função importante na condução e efetivação dos objetivos das políticas públicas, mas não devem representar o único vínculo possível por parte de pessoas físicas no setor público, nem sequer serem predominantes na administração indireta. Neste contexto de discussão, preconizar que não se devem contratar pessoas físicas sob o regime da CLT na administração pública é algo equivalente a defender a tese de que o Estado não deve contratar serviços de empresas privadas. Ademais, cabe notar que todos os avanços obtidos na esfera da administração privada no Brasil, que resultaram em mecanismos de participação e negociação por parte dos trabalhadores, foram obtidos sob a ampla cobertura legal da CLT.

Este depoimento crítico pauta-se pela ideia de que as prioridades de pesquisa em gestão do trabalho em saúde não nascem do arbítrio dos pesquisadores, mas de problemas e objetivos que pertencem à conjuntura histórica de cada instituição financiadora de pesquisas, especialmente quando se trata de um órgão do poder executivo federal, como é o caso do Ministério da Saúde, que não é um órgão de fomento de pesquisa, mas uma instituição comprometida em alcançar objetivos gerais e específicos no âmbito da política pública que lhe é atinente no âmbito do Governo Federal.