

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL
CURSO DE MESTRADO
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE E TRABALHO

GABRIELA KUNZ SILVEIRA

**O Controle Social na Gestão da Política de Saúde do Trabalhador na
Atenção Básica:
o lugar do Conselho Gestor**

PORTO ALEGRE

2015

Gabriela Kunz Silveira

**O Controle Social na Gestão da Política de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica:
o lugar do Conselho Gestor**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Dr^a. Jussara Maria Rosa Mendes

Porto Alegre

2015

Banca Examinadora

Professora Dra. Jussara Maria Rosa Mendes (Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Professora Dra. Miriam Guterres Dias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Professor Dr. Nadir Lara Junior
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Professor Dr. Pedrinho Guareschi
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS que viabilizou a possibilidade de realização deste mestrado; aos colegas do PPG que me ensinaram a importância do compartilhamento dos conhecimentos e aprendizagens, e especialmente aos professores, que promoveram encontros de troca e construção durante todo o processo.

À minha orientadora Jussara, pela doçura e paciência com minha distância no final do processo de produção desta dissertação. Também pela sabedoria transmitida, por ensinar, no dia-a-dia dos encontros, a responsabilidade que temos enquanto pesquisadores, de refletirmos e discutirmos sobre o mundo para além dos muros da Universidade. E por fazer acontecer encontros muitos acolhedores e alegres, de integração, que remeteram sempre para a importância dos laços de amizade.

Aos membros do NEST, pelas discussões produtivas e pelo compartilhamento de muito conhecimento em cada encontro das quartas a tarde, à Rosângela Werlang; especialmente à Fabiane Konowaluk, que atenta, cuidadosa e generosamente leu meu texto inúmeras vezes, me auxiliando a discutir e escolher como apresentar minhas produções e à Dolores Wünsch que contribuiu para definição do tema e discussão sobre o campo de pesquisa – a ela também obrigada por ter viabilizado o conhecimento sobre o famoso “colheita tardia”, da Aurora.

Aos conselheiros do Conselho Gestor que se dispuseram e não tiveram receio de participar desta construção e também aos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Saúde de São Leopoldo, primeiros a inspirarem o interesse pela área. A cada conselheiro que acredita na possibilidade da democracia e dos encontros que transformam. À querida parceira na representação dos psicólogos neste conselho, ex-professora e eterna referência para realização da luta em prol da saúde e da saúde mental, Letícia Saldanha (*in memoriam*). Às ex-colegas que compuseram o Comitê de Políticas Públicas da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul (SPRGS) e à SPRGS pela possibilidade de representar a categoria naquele conselho.

Aos meus ex-colegas e ex-coordenadores dos serviços PAAS e PASEC, especialmente Rosana e Gelson, da UNISINOS – São Leopoldo – que foram grandes apoiadores desta e de outras construções. Aos gestores da Faculdades EST – São Leopoldo, especialmente Oneide Bobsin, que estimularam o ingresso no curso. Aos colegas e coordenador Júlio, da Faculdade de Psicologia da ACE – Joinville – pela aposta e incentivo na parceria de trabalho.

Aos amigos e amigas que apoiaram, incentivaram e compreenderam cada momento de não participação nos encontros e comemorações. Que mantiveram presença apesar da minha ausência. Especialmente às queridas amigas Andressa e Cátula, pela amizade em cada momento.

À minha família, especialmente mãe, pai e irmã, e também as avós, avô, tia, tio e prima, que apoiaram todos os momentos desde antes e após o ingresso no curso de mestrado, que toleraram todos os momentos ranzinhas, pelo excesso de tarefas acumuladas e compreenderam todas as necessidades peculiares deste momento.

Ao meu amado Rodrigo, por todo amor dedicado, pelo incentivo e estímulo diário para que eu fosse “*escrever a dissertação*” e pela paciência por todas as vezes que não fomos viajar por causa dos diversos compromissos de trabalho e do mestrado. Por todas as jantares e almoços que fez para que eu ficasse estudando até mais tarde. Pela parceria em cada momento de comemoração e de dúvida sobre os rumos do trabalho e da vida. Pela insistência em mostrar o quanto eu poderia ficar ao lado dos meus ideais, sem medo.

RESUMO

A presente dissertação é resultado de uma pesquisa de mestrado realizada acerca dos temas controle social e Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na atenção básica. A partir de diversas conceitualizações, este trabalho opta pela definição de que o controle social está a serviço de um Estado democrático de acesso igualitário a direitos e de participação da população no planejamento e acompanhamento de todas as ações deste mesmo Estado. A Política de Saúde do Trabalhador tem origem no período brasileiro de lutas democráticas contrárias ao autoritarismo do governo militar e em consonância com a perspectiva da Saúde Coletiva, que considera o contexto econômico, financeiro e social de organização dos processos de trabalho. Esta pesquisa delineou-se como um estudo de caso de análise situacional, cuja questão norteadora e objetivos foram construídos após realização de pesquisa exploratória em um Conselho Gestor de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul. O campo foi escolhido em consonância com as pesquisas previamente realizadas pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O objetivo principal proposto foi identificar como se dá a participação do Conselho Gestor na implementação da Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras junto ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. As técnicas utilizadas foram realização de grupo focal, com apoio de um roteiro de entrevista semiestruturada, diário de campo e revisão teórica e documental acerca do tema. Para análise dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo. A sistematização das categorias foi realizada a partir dos objetivos. Os resultados encontrados são referentes ao Conselho Gestor ser uma instância sobre a qual os conselheiros tem pouca clareza do seu lugar; os conselheiros entendem que devem estimular e realizar práticas relativas a atenção básica de prevenção e promoção da saúde do trabalhador; a relação estabelecida com os gestores públicos acontece com diversas dificuldades; os próprios conselheiros tem dificuldade de se ver na posição de gestores e por fim, apontam diversas práticas democráticas de gerenciamento que desempenham sem perceber que estão realizando gestão. Nas considerações finais fica evidenciado o mérito da organização coletiva e democrática deste grupo de Conselho Gestor, o qual não tem diretriz nacional específica a seguir, portanto organizando-se desta forma espontaneamente.

Palavras-chave: controle social; saúde do trabalhador; gestão; atenção básica.

ABSTRACT

The present dissertation is the result from a master's degree study performed on social control themes and the Health Policy of the male and female Workers in basic care. It is based on diverse conceptualizations; this study opted for the definition that social control is the work of a democratic State for egalitarian access to rights and the participation of the population in the planning and following up on all the actions of that same State. The Worker Health Care Policy originated in the Brazilian period of democratic struggles against the authoritarianism of the military government and in consonance to the perspective of Collective Health Care, which considers the economic, financial, and social context of the organization of labor processes. This research study was delineated as a situational analysis case study, whose guiding theme and objectives were constructed after performing exploratory research on an Administrative Council of a Reference Center in a Worker Health Care Center in the state of Rio Grande do Sul. The field was selected in consonance with the previous research studies performed by the "Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho" (NEST) (Health and Labor Research and Study Nucleus) of the "Universidade Federal do Rio Grande do Sul" (Federal University of Rio Grande do Sul). The main proposed objective was to identify what the participation of the Administrative Council is like in the implementation of the National Health Policy of Male and Female Workers at the Reference Worker Health Care Center. The techniques used were performed on the focal group, supported by a semi-structured outline, field diary, and theoretical and documental revision on the theme. The content analysis method was used for data assessment. The systematization of the categories was performed based on the objectives. The result findings refer to the Administrative Council as being an entity by which the counselors perform their role unclearly; the counselors understand that they must foment and perform practices related to basic preventive care and promote the health of workers; the relationship established with the public administrators takes place facing diverse hindrances; the respective councilors find it difficult to place themselves in the position of administrators and ultimately that point out diverse democratic practices of management achieving results without realizing that they are administrating. In the final considerations the merit of the collective and democratic organization became evident of this group of the Administrative Council, which does not have a specific national guideline to follow; therefore it is organized in this spontaneous format.

Key words: basic health care, social control, and worker health administration.

LISTA DE QUADROS

Quadro nº 01: Situando o desenvolvimento conceitual em saúde do trabalhador 43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	CONTROLE SOCIAL	12
	2.1 Controle social e Estado	12
	2.2 O controle social como expressão da participação nas políticas públicas do Sistema Único de Saúde	16
	2.3 Trabalho, gestão na saúde e a relação com o controle social	23
	2.3.1 <i>Dos processos de trabalho à gestão na saúde</i>	23
	2.3.2 <i>Gestão nas políticas públicas de saúde</i>	29
3	SAÚDE DO TRABALHADOR	36
	3.1 A saúde do trabalhador e o controle social: marcos legais	36
	3.2 Saúde do trabalhador: uma categoria teórica e política	44
	3.3 Saúde do trabalhador na atenção básica	48
4	CAMINHOS METODOLÓGICOS	51
	4.1 Entrando no campo	52
	4.2 Delimitando o objeto	53
	4.2 Estudo de caso: definindo técnicas, instrumentos e métodos de análise	55
5	RESULTADOS: O CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR	58
	5.1 Conselho Gestor: Que lugar é este?	58
	5.2 Atenção Básica e Saúde do Trabalhador: possibilidades de atuação e desafios para discussão	61
	5.3 Da Idade Média atualizada: relações de propriedade, ou “puxando a brasa para o seu assado”	63
	5.4 Das dificuldades em se reconhecer na função de gestão	66
	5.5 Das possibilidades de outras práticas	68
6	FINALIZANDO: DAS POSSIBILIDADES DE DESVIRTUAR, OU, DE FAZER UM “AUÊ” - A META É DE QUEM?	71
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICES	83
	Roteiro de Entrevista Semiestruturada para Grupo Focal	84
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	85

1 INTRODUÇÃO

Por alguns anos tive oportunidade de representar a categoria dos psicólogos no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de São Leopoldo, no qual, a partir das minhas vivências, foi possível perceber a assimetria entre as formas de participação dos conselheiros, alguns que se envolvem com sua função, se implicando com os debates e as tarefas, e aqueles que não participam, resultando em uma não constituição de um fórum ampliado de debate. Os Conselhos de Saúde deveriam se constituir um espaço de lutas políticas em defesa do SUS (Sistema Único de Saúde), de seus princípios e de resistência às contrarreformas neoliberais para a política de saúde (CORREIA, 2005), porém o que eu presenciava naquele espaço era marcado pela não ocorrência do controle social feita por um coletivo.

Em meu entender o que estava em questão era a forma como se organiza o controle social, um dos campos fundamentais da política pública de saúde. Em sua essência o controle social foi adotado como pilar do projeto democrático popular, organizado pelos movimentos sociais emergentes da clandestinidade no final da década de 1970 e início de 1980 (RAICHELIS, 2011). O país lutava pela participação dos interesses da sociedade nas decisões estatais, na organização das políticas sociais e econômicas. Constituía-se “redes de políticas” racionalizadoras e reformadoras (CÔRTEZ, 2010), cujas propostas se contrapunham às “comunidades políticas” antes fortemente estabelecidas na defesa do Estado e mercado. As redes em cena no final dos 80 eram fortalecidas pela democratização em curso e a crise econômica profunda do país, consequência da administração após o golpe militar. A participação, neste contexto, torna-se então conceito fundamental e o controle social é inserido na base da legislação brasileira, através da Constituição Federal (1988) e também no Sistema Único de Saúde, através das leis 8.080/1990 e 8.142/1990 (GARCIA, MENDES e LEAL, 2012).

A partir de uma criteriosa revisão bibliográfica, descrita nos capítulos desta dissertação, pude observar que era necessário modificar o foco da investigação para além do Conselho Municipal de Saúde, ampliar a perspectiva de reflexões e discussões sobre problemáticas que afetam a vida coletiva, para outros espaços de controle social além destes Conselhos. Havia também minha intenção de produzir um estudo que pudesse contribuir com a temática, mas abordando questões ainda pouco estudadas no âmbito do controle social.

Assim, não mais pensando sozinha, mas acompanhada pela minha orientadora e pelo grupo de pesquisa (Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho - NEST), encontrei eco

para as inquietações que me motivaram a realizar o mestrado junto ao Programa de Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho – NEST, foi criado em outubro de 1999 pela prof^a. Dr^a. Jussara Mendes, orientadora da presente dissertação, com o objetivo de reunir as produções científicas de pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sobre a temática da saúde do trabalhador. Em março de 2010 o Núcleo migrou para o Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), acompanhando a líder do grupo que ingressou na instituição (NESTUFRGS, 2015). O Núcleo é uma importante referência em nível nacional, sobre as produções na área da saúde e do trabalho, por sua consolidação através dos anos de existência, pela parceria que tem com diferentes instituições: secretarias, serviços que executam as políticas de saúde e trabalho, universidades do país e estrangeiras, assim como pela concentração de linhas de pesquisas que são referências para área.

As pesquisas e produções desenvolvidas pela orientadora e equipe de trabalho no NEST/UFRGS inserem-se na perspectiva da luta pela efetivação do direito à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, sendo que em 2013 o Núcleo estava envolvido com a análise dos achados da pesquisa “*Saúde do trabalhador e proteção social: desafios para a efetivação do direito à saúde na atenção básica*” (MENDES, 2014) que deu origem a este estudo, como parte integrante desta pesquisa maior. Dentre outras, uma das evidências foi a precariedade da interlocução entre os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)/RS e as respectivas instâncias do Controle Social, Conselhos Municipais e Estadual de Saúde e Conselhos Gestores. A partir dela foi possível identificar que a articulação da rede coletiva para debater, discutir, fiscalizar e deliberar sobre a política de saúde do trabalhador enfrentava dificuldades na sua efetivação.

Dessa forma, ampliando e aprofundando os estudos, foi sendo delineada a proposta de pesquisa de mestrado, articulada com controle social e Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na atenção básica. A partir desta orientação vinculou-se o trabalho a área de concentração do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional e a linha de pesquisa Políticas Públicas, Saúde, Trabalho e Produção de Subjetividade.

Saúde do Trabalhador e Controle Social são temas indissociáveis, que no Brasil tem como marco os movimentos reformistas das décadas de 1970 e 1980, citados acima (MENDES e WÜNSCH, 2011; DIAS, 2011; CÔRTEZ, 2010; LACAZ e FLORIO, 2009; SATO, LACAZ e BERNARDO, 2006; RAICHELIS, 1998). Pesquisadores brasileiros de grande relevância vêm

se debruçando sobre o tema do Controle Social atualmente, como Sonia Fleury, Soraya Côrtes, Sarah Escorel, bem como na Saúde do Trabalhador e na Atenção Básica: Jussara Mendes, Elisabeth Dias e Bárbara Starfield. Deixam claro em suas produções a perspectiva e orientação para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) considerando os imensos desafios, tensões e lutas entre os diferentes atores envolvidos, gestores, trabalhadores e usuários.

Além destes conceitos e autores, outra revisão fundamental para esta pesquisa foi o delineamento sobre gestão. Este conceito pode ser lido a partir de diferentes perspectivas teóricas, conforme serão apresentadas algumas neste trabalho que segue, porém, a definição construída e utilizada como norteadora é a que liga gestão ao que Campos (1998; 2005) propõe como co-gestão, em uma proposta que dimensiona que não é possível tomar, nem o poder, nem a dominação, como absolutos, assim a gestão (ou co-gestão para o autor) é sempre relativa e em relação com os outros. Ela demanda constante negociação, discussão, rearranjos e aberturas a outros, diferentes. O aprofundamento e as análises realizadas a partir desta pesquisa, direcionam a construção desta compreensão para a afirmação de que no contexto do Sistema Único de Saúde, a gestão precisa ser compreendida a partir do ponto de vista da co-gestão, de Campos.

A partir deste contexto, a pesquisa desenvolvida teve como questão norteadora: quais os desafios, dificuldades, impossibilidades e quais as contribuições e acréscimos encontrados no gerenciamento de um serviço de saúde do Sistema Único de Saúde voltado à Saúde do Trabalhador, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, através de uma gestão organizada em formato colegiado, denominada Conselho Gestor, a qual tem paridade na participação de gestores advindos do segmento usuários, trabalhadores e prestadores/gestores de saúde?

Esta pesquisa delineou-se como um estudo de caso de análise situacional, cuja questão norteadora e objetivos foram construídos após realização de pesquisa exploratória em um Conselho Gestor de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) do Rio Grande do Sul. O campo foi escolhido em consonância com as pesquisas previamente realizadas pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, levando em conta a proximidade e o tempo disponível para realização de pesquisa em um curso de mestrado. Foi realizado um encontro com roteiro semiestruturado para entrevista com grupo de conselheiros do Conselho Gestor, na perspectiva de um grupo focal. A análise de dados foi realizada a partir da metodologia de Análise de Conteúdo, sendo que algumas categorias de análise foram organizadas após a realização da pesquisa exploratória, e outras categorias constituídas a partir do grupo focal.

O presente estudo objetivou identificar como se dá a participação do Conselho Gestor na implementação da Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras junto ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e teve como objetivos específicos: 1) Identificar como se dão as relações entre os membros do Conselho Gestor e os membros da Gestão dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); 2) Conhecer as relações estabelecidas entre o Conselho Gestor do CEREST e o gestor do município; 3) Conhecer como os conselheiros reconhecem e se identificam na função de gestão e controle social junto ao Conselho Gestor do CEREST; 4) Contribuir para a ampliação dos conhecimentos sobre o controle social no contexto da Saúde do Trabalhador.

Esta dissertação está organizada inicialmente apresentando teoricamente os temas do controle social e da saúde do trabalhador, em seguida articulando-os a metodologia de pesquisa utilizada. Posteriormente são apresentados os resultados e as análises da realidade encontrada, e finalmente apontam-se questões que abrem possibilidade de continuidade dos estudos neste campo.

2 CONTROLE SOCIAL

Existem diversas produções acadêmicas a respeito do tema controle social relacionado aos Conselhos Municipais de Saúde e em menor quantidade relacionadas ao controle social e saúde do trabalhador. A partir de um levantamento nas bases de teses e dissertações da CAPES, BDTD e Fiocruz, no período entre 2013 e 2014, foram utilizados inicialmente os descritores *controle social, trabalho, conselheiros, saúde, políticas públicas* e encontrados 37 (trinta e sete) trabalhos, sendo que 26 (vinte e seis) abordavam diretamente o tema. Essas produções acadêmicas compreendiam o período 1999-2012, apresentando um universo que englobava quase todas as regiões do Brasil (com exceção da região Norte), sendo que 22 (vinte e duas) produções abordavam especificamente os processos de democracia e participação. Este contexto de numerosas produções e a participação na linha de pesquisa “Políticas Públicas, Saúde, Trabalho e Produção de Subjetividade”, contribuíram para que o foco da presente pesquisa se voltasse para outra forma implementação do controle social no Sistema Único de Saúde: os conselhos gestores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). O levantamento feito nos mesmos bancos de teses e dissertações, utilizando os descritores: *controle social, saúde do trabalhador e atenção básica*, bem como, *controle social, saúde do trabalhador e conselhos gestores*, não encontrou nenhum resultado, e a pesquisa utilizando os descritores *controle social e saúde do trabalhador* resultou em diversas produções, porém apenas duas obras tem relação direta com o tema, apontando desta forma para o pequeno número de produções específicas deste campo e a possibilidade de que sejam realizadas mais pesquisas na área.

2.1 Controle social e Estado

A perspectiva teórico-metodológica histórico-crítica é utilizada não apenas na psicologia social, circunscrição do PPG ao qual esta dissertação está vinculada, mas também nas Ciências Sociais, na Educação e no Serviço Social. No campo da Psicologia esta perspectiva emerge como possibilidade de colocar em questão os pressupostos da psicologia social positiva – seus constructos de verdade, neutralidade e sua centralidade no indivíduo – apontando para a existência de problemas que não dizem respeito somente ao sujeito, mas também ao social. Através desta abordagem é possível analisar os problemas que existem na forma como se organizam os modos de viver e os modos de produzir na sociedade. Sobre a temática em questão no presente trabalho, é nesta perspectiva que se encontram a maioria das produções científicas.

É característico da perspectiva histórico-crítica não ficar passível diante das questões em pauta, mas propor ativamente, reflexões ou ações a serem realizadas diante das problemáticas levantadas. Os trabalhos realizados na perspectiva histórico-crítica tentam apontar possíveis “saídas”. Esta característica é alvo de críticas por parte de outras perspectivas teóricas, que entendem isto como tentativa de responder questões para eliminar problemas a qualquer custo, como se isto fosse sempre possível. Porém o comprometimento histórico-crítico com a produção de conhecimento vai ao encontro de contribuir para as diferentes realidades, das quais compreende que é parte integrante. A possibilidade de contribuir com mudanças está na capacidade de compreender de forma mais aprofundada o contexto em que se dá a problemática e apontar para outros pontos, ampliando as reflexões para além do senso comum (MINAYO, 2012).

A perspectiva histórico-crítica analisa com maior profundidade a constituição da estrutura estatal, dos modos de organização que surgem a partir dela e sua relação com a constituição das políticas sociais e das políticas públicas. Neste sentido pretende-se trilhar esse caminho teórico-metodológico para abordagem do tema a ser pesquisado no mestrado.

Conforme Correia (2008) a expressão controle social se origina na sociologia e em geral se refere às práticas que o Estado utiliza para administração e domínio da população, através da instituição de regras, leis ou mesmo das políticas ou programas ofertados. A organização do Estado visa manter a ordem delimitando e influenciando os comportamentos. Porém para teoria política, controle social é um termo ambíguo, que depende da concepção que se tem da relação entre Estado e sociedade. Pode ser utilizado com a mesma finalidade apresentada pela sociologia, ou, ao contrário, para representar o controle que a sociedade pode realizar sobre as políticas e propostas apresentadas e efetuadas pelo Estado. Correia (2008) revisa diferentes concepções da teoria política sobre Estado e sociedade, apontando diferentes perspectivas conforme diferentes autores e períodos.

Para Hobbes (CORREIA, 2008) o Estado tem poder absoluto para controlar sua sociedade. Em Locke (CORREIA, 2008) o Estado precisa cumprir o que o povo lhe confia: garantia da vida, liberdade e, principalmente da propriedade. Rousseau (CORREIA, 2008) defende o governo republicano sob o controle do povo, devendo este permanecer em extrema vigilância a este governo, por sua tendência a agir contra soberania do próprio povo. Para algumas análises marxistas (CORREIA, 2008), o Estado controla a população em prol de manter a lógica pelo domínio do capital, produzindo intervenções sobre questões sociais de forma a administrar a população, incentivando comportamentos que mantenham padrões alinhados com a manutenção da ordem do capital. Em Gramsci (CORREIA, 2008), um teórico

também marxista, a relação entre Estado e sociedade civil é orgânica, ou seja não existe oposição entre um e outro. A oposição se dá entre as classes sociais, que lutam para dominar tanto a sociedade civil como o Estado. Portanto o controle social se dá na disputa das classes por sua hegemonia.

Na perspectiva gramsciana (CORREIA, 2008), o controle social é contraditório pois depende da correlação de forças entre as classes, analisadas a cada diferente momento histórico, o que possibilita que o controle seja um momento por uma classe, e em outro momento de outra. Na perspectiva das classes subalternas, controle social é referente capacidade que estas classes tem para interferir na gestão pública e nas ações do Estado, de forma a tentar garantir sua hegemonia.

No Brasil, durante o período da ditadura militar, através da proibição da organização e da expressão da sociedade civil, o Estado autoritário exerceu controle sobre a sociedade através da repressão, de atos institucionais e decretos secretos e promoveu o crescimento do capitalismo monopolista (CORREIA, 2008). Este momento fez surgir no Brasil, conforme aponta Coutinho (2000), um curioso uso do termo sociedade civil, tanto vinculado a ideia de oposição ao que é militar, quanto a uma suposta convergência ou homogeneidade desta sociedade em uma única proposta de governo, de objetivos e de interesses a defender. Sociedade civil passa então a representar tudo o que é positivo e Estado o que é negativo, valoração que persiste ainda atualmente na terminologia difundida pelo discurso neoliberal, que “tem como base um conceito apolítico e asséptico de ‘sociedade civil’” (COUTINHO, 2000, s/p).

A partir da democratização do país, retornam à pauta principal discussões sobre participação social, tomando corpo na legislação brasileira – através do movimento pela constituinte, e posterior regulamentação da constituição – a concepção de controle social como controle exercido pelo povo sobre as políticas, projetos, programas estatais. A área da saúde foi pioneira na implementação desta perspectiva, fundamentalmente pela organização do Movimento da Reforma Sanitária, que propunha a mudança do modelo de saúde centralizado nas práticas médicas, com perspectiva individualista e assistencialista em saúde (FLEURY, 2010; NUNES, 2000).

A direção que o Movimento da Reforma Sanitária propunha era voltada para atenção integral em saúde, universal, acessível, participativa, descentralizada e de qualidade, comportando outras áreas profissionais nas práticas de atenção, promoção e reabilitação para saúde. “O controle social é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do sistema nacional de saúde e como via imprescindível para sua democratização” (CORREIA, 2008, p.107).

Guizardi, Pinheiro, Mattos et al. (2004), analisam os relatórios de quatro Conferências Nacionais de Saúde, da VIII a XI Conferências. Pode-se considerar a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, como um marco para a organização do projeto para o Sistema Único de Saúde junto da Reforma Sanitária. As autoras identificam que na VIII Conferência, a noção de controle social está contida na de participação, que é definida de forma mais ampla, sendo o controle social uma das formas de participar. “Nesse sentido, o controle social emerge como efeito dessa participação, que tem por objeto não estritamente o setor saúde, mas a compreensão desse campo em suas implicações recíprocas com as políticas sociais e econômicas” (GUIZARDI, PINHEIRO, MATTOS et al., 2004, p.36).

A proposta tanto para participação da população quanto para o controle social era referente às políticas de uma forma mais ampla, não restritos apenas ao campo da saúde. Esta concepção foi fruto da necessidade de garantir fóruns democráticos em todas as instâncias, de forma a combater toda e qualquer tentativa de poder totalitário. Mas na saúde esta compreensão aponta para a dimensão de um conceito ampliado, que implica outras dimensões sociais. Guizardi, Pinheiro, Mattos et al. (2004) ainda identificam que a concepção de participação começou a se modificar a partir da IX Conferência, sendo possível entender como uma espécie de adaptação feita à realidade que passou a se desenhar com a implementação do Sistema Único de Saúde. A mudança referida pelas autoras, diz respeito a deixar de utilizar controle social como uma dimensão de participação, e passar a toma-lo como controle do processo, ou seja, ênfase no controle sobre as políticas e sobre as atividades relacionadas a Seguridade Social – não mais a saúde ou a outros campos mais amplos. Fica fortalecida a dimensão de fiscalização por fóruns independentes e autônomos em relação ao Estado. No relatório desta Conferência, controle social aparece mais associado à transformação da estrutura social, do que a participação, sendo esta transformação efetuada por sujeitos provindos de “sindicatos, partidos e demais organizações populares” (BRASIL, 1992 apud GUIZARDI, PINHEIRO, MATTOS et al., 2004, p.23). Ao mesmo tempo, as autoras indicam a necessidade de cuidar para que esse distanciamento do conceito inicial não acabe por defender uma participação equivocada, contrária ao viés democrático e que materialize relações de poder que sustentam interesses de alguns, as quais, em princípio, eram combatidas pelas políticas de saúde.

A partir destas conceitualizações também se torna possível definir a concepção que será seguida por este trabalho, baseada na perspectiva de que o controle social está a serviço de um Estado democrático de acesso igualitário a direitos e de participação da população no planejamento e acompanhamento de todas as ações deste mesmo Estado (BRAVO e SOUZA, 2002; CORREIA, 2008; CÔRTEZ, 2010; DIMENSTEIN, 2007, FLEURY, 2010; GUIZARDI,

PINHEIRO, MATTOS et al., 2004). É importante também diferenciar que nesta proposta conceitual controle social não é sinônimo de conselhos de políticas, como os conselhos de saúde ou outros, bem como não é restrito às conferências ou audiências públicas. Tampouco controle social é sinônimo somente de Ministério Público ou de diferentes tipos de ouvidorias. Controle social não pode ser confundido com uma circunscrição física e geográfica, ou seja localizado em apenas um ou mais lugares. Conforme apontam algumas autoras (BRAVO e SOUZA, 2002; CORREIA, 2008) controle social é realizado sim em cada um destes locais citados, mas não é restrito a eles, pode ser feito através dos meios de comunicação ou em qualquer espaço coletivo, no qual se organizem propostas, avaliações, ações em prol da manutenção da democracia, igualdade, e garantia dos direitos coletivos da população do país.

2.2 O controle social como expressão da participação nas políticas públicas do Sistema Único de Saúde

Raichelis (1998) aponta a necessidade de situar historicamente o controle social no Brasil, sendo este um país que, como os demais da América Latina, constrói sua política e ocupa seu lugar como país periférico do capitalismo. Uma das discussões que a autora traz é a de *esfera pública*, um termo habermasiano, sobre o qual Raichelis (1998) imprime sua própria contribuição. Situa que a noção do que é público tem relação direta com a história e o contexto da sociedade em que se constituiu. Na sociedade grega clássica, cidadão livre era aquele que ocupava a *pólis*, porém só podia ocupá-la quem tivesse sob seu domínio a reprodução da vida, o trabalho escravo e o serviço das mulheres, ou seja, quem tinha a propriedade da casa e daqueles que viviam dentro dela. A vida individual/familiar era completamente separada da vida pública. Apenas na *pólis* os cidadãos eram iguais e podiam fazer trocas. Somente os proprietários eram livres e tinham vida pública, portanto podiam ocupar a *pólis*. A vida privada servia apenas para manutenção das necessidades vitais. Para Arendt (1991 apud RAICHELIS, 1998) este modelo se desenvolveu e atravessou diversos períodos, Renascimento, Idade Média inclusive o próprio Direito Romano, e segue sendo transmitido até nossos dias, como modelo ideológico. Porém a Modernidade evidencia e acresce outra forma de concepção do público e do privado, vinda do Iluminismo, da Idade da Razão. Com a ascensão da sociedade e das atividades econômicas ao nível público, o que antes era privado, tornou-se de interesse coletivo.

A sociedade burguesa, que passa a se organizar neste momento histórico moderno, instaura outro lugar à dicotomia público e privado (HABERMAS, 1981 apud RAICHELIS,

1998). A autonomia burguesa, que surge da desagregação dos poderes feudais - Realeza, Nobreza, Igreja, proporciona a esta classe contrapor-se ao Estado. Para Habermas (1981 in RAICHELIS, 1998) a esfera pública assume posição central no ordenamento político, ela é o princípio organizativo dos Estados burgueses de Direito, que com o mercado liberalizado, fazem da troca da reprodução social um assunto de pessoas privadas, privatizando a sociedade – o que fica consolidado inclusive na esfera parlamentar.

A confusão entre público e estatal (FALEIROS, 1992 apud RAICHELIS, 1998), forma uma espécie de simbiose entre os termos e representa, ao cabo, ausência da esfera pública na formação econômico-social brasileira. Esta mistura dos termos é facilitada pelo pensamento neoliberal, cuja prerrogativa é a privatização, cultuando a sociedade civil como virtuosa e o Estado como “satanizado”, pois seria ele que impediria avanços e desenvolvimentos. Neste trabalho, entende-se que as perspectivas, público e privado podem ser tomadas a partir da concepção de Raichelis quando afirma que a publicização – no sentido de ir a público – não tem a ver com público ser sinônimo de estatal, mas com práticas sociais que representam interesses coletivos. Esfera pública não se reduz a estatal. Tomar a esfera pública como campo para encontro e discussão de diferentes interesses diminui a onipotência do Estado e aumenta o espaço decisório da sociedade. Essa esfera é integrante do processo de democratização e fortalecimento tanto do Estado, quanto da sociedade.

Ao mesmo tempo, esta concepção não significa dissolução dos interesses privados, mas um espaço de disputa na cena pública, de encontro das diferenças e dos sujeitos coletivos. Para Telles (1990 apud RAICHELIS, 1998) é a visibilidade pública que forma a realidade, um mundo comum, construído pelo discurso e pela ação dos sujeitos, que em interlocução podem deliberar em conjunto sobre questões coletivas.

É possível identificar na leitura que Raichelis (1998) faz, afirmações a respeito da esfera pública não se constituir no Brasil. Para Raichelis a noção de público não se constituiu no Brasil com a força mínima necessária, tendo ficado estabelecido o capitalismo e não a democracia. Para a autora, a burguesia brasileira não se constituiu da mesma forma como nos países centrais, no âmbito de autônomos que trabalhavam, tinham propriedades e defendiam o capital. Esta burguesia não ocupou o lugar de mediação, nem auxiliou na constituição da identidade de sociedade civil. A dualidade sustentada no Brasil não foi entre proletários e burgueses, mas entre ricos e poderosos. (RAICHELIS, 1998).

Porém esta perspectiva não é conservada por outros pesquisadores da área. Gohn (2004) aponta outra perspectiva a respeito da dimensão pública, apontando que ocupar o público pode

ampliar a cultura política, garantindo os direitos e formando uma nova cultura ética. Em suas palavras,

[...] a interlocução e o exercício da vida política/cultural, na esfera pública, contribui para o desenvolvimento de uma nova CULTURA POLÍTICA PÚBLICA no país, construída a partir de critérios do campo dos direitos (sociais, econômicos, políticos e culturais), uma nova cultura ética com civilidade e respeito ao outro. Essa nova cultura política se contrapõe à tradição autoritária que desconhece a existência de esferas públicas, assim como se contrapõe, também, às práticas clientelistas ou corporativas de grupos patrimonialistas, oligárquicos, ou modernos/privatistas. Trata-se de uma cultura política gerada por processos nos quais os diferentes interesses são reconhecidos, representados e negociados, via mediações sociopolíticas e culturais (GOHN, 2004, p.28).

Para esta autora, é preciso reconhecer a existência da esfera pública e fortalece-la, para garantir um espaço de discussão dos interesses dos diferentes segmentos, grupos que compõem a sociedade.

Côrtes (2010) considera que a democracia “real” (2010, p.103) foi construída ao longo da história, não apenas por processos eleitorais, mas formas de participação direta ou mediante representantes. A autora adota em sua abordagem a perspectiva do neo-institucionalismo histórico, que inclui o que os neo-institucionalistas apontam como os aspectos sistêmicos e estruturais do Estado, capaz de moldar ações dos atores sociais, e acrescenta a perspectiva histórica, que destaca o papel dos atores estatais, “os quais, dependendo de sua autonomia e de suas capacidades, podem determinar os resultados das políticas” (CÔRTEZ, 2010, p. 110). À ideia de dependência de trajetória se agrega o pressuposto de que os atores estatais e sociais refletem e realizam escolhas, movidos por seus interesses e também por ideias e crenças compartilhadas. A autora aponta para a interdependência dos atores, que se configuram em rede de relações assimétricas, estruturadas e mutantes. “É o processo contínuo de constituição e reconstituição de configuração de relações entre os atores estatais e sociais que define, em grande parte, quais as posições institucionais que esses fóruns podem ocupar, em um dado momento histórico, na área da saúde” (2010, p.113).

A pesquisadora (2010) aponta para as instituições que criam regras implícitas e explícitas que regulam a participação ao incentivar ou constranger, movimentando então os modos de ação e organização dos atores, que transformam as configurações das relações antes estabelecidas, em um processo constante, que atinge novamente a instituição (podendo ser instituição um órgão do governo, ou o próprio conselho de saúde, ou outra instância). Para a Côrtes é a articulação de atores, de comunidades políticas, que “[...] atravessando as fronteiras

entre Estado e sociedade, reúnem indivíduos e coletividades na defesa de concepções comuns” (2010, p.113) que fundamentam e implementam políticas.

Ela realizou uma investigação que durou 15 anos, de 1990 a 2005, incluindo Conferências de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde - RS e Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre - RS. Uma das conclusões apontadas por Côrtes (2010) é que os Conselhos e as Conferências exercem importante papel ao fiscalizarem ações, apresentarem demandas e deliberarem sobre assuntos diversos. Funcionam como espaços de congregação individuais e coletivos na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém esses mecanismos não tem uma “posição garantida ou estável no centro do processo decisório da área” (CÔRTEZ, 2010, p.119). A autora pontua que parte do contexto que facilita com que os conselhos fiquem em um papel secundário é a partir da constituição das comissões intergestores, em 1993, que passam a ser os principais fóruns colegiados de decisão, de coordenação vertical e horizontal no SUS. Outro facilitador da secundarização são as estratégias adotadas pelos conselheiros das entidades sociais, que hegemonizavam os trabalhos, concentrando discussões em torno do funcionamento do próprio conselho e no controle social, restringindo representantes das entidades de mercado, médicos e gestores. Esta estratégia estimulou estes últimos a defenderem seus interesses em outros espaços/ fóruns políticos, com isto “eles apenas reduziram sua influência no conselho e não na política” (CÔRTEZ, 2010, p.119). A pesquisadora aponta que a capacidade do conselho influir no processo decisório da política, dependia das relações dos conselheiros e dos fóruns com os gestores.

Na pesquisa realizada por Raichelis (1998) junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), alguns dos achados dizem respeito à questão da representação. A pesquisadora fundamenta o conceito de representação em Bobbio (1986 apud RAICHELIS, 1998), para quem os elementos centrais giram em torno de *como* se representa e *que coisa* se representa. Em sua pesquisa identificou que entre os representantes governamentais, diferentemente dos representantes da sociedade civil, não há lógica explícita para definição de quem ocupará o lugar de representação, o que repercute na sensação desses representantes: não se sentem tão legítimos quanto os outros (representantes da sociedade civil). Além disto, eles apresentam pouca familiaridade com maior parte dos temas discutidos. Muitos destes conselheiros referem a representação como mais uma tarefa a ser cumprida em sua rotina de trabalho, para a qual, não recebem orientação. Outra característica marcante é a ocupação do lugar de representação em busca de ascensão e/ou de preservação de posições na estrutura de poder.

Em relação aos representantes da sociedade civil, da categoria trabalhadores, identifica no CNAS presença maciça de uma mesma classe profissional, através de diferentes instituições, os assistentes sociais. Raichelis (1998) discute esta predominância e sua relação com a área da política pública, porém aponta a importância de que o controle social conte com profissionais de diferentes áreas. Referente à categoria de usuários, representantes também da sociedade civil, a pesquisa identificou ausência de participação daqueles sujeitos que realmente utilizam os serviços, os quais, em sua grande maioria não conseguem ocupar lugar de representação, por não terem a organização necessária que isto requer. A maioria dos representantes é da classe média, os quais não utilizam os serviços, mas ocupam o lugar representando quem utiliza.

O controle social no âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador é formado pelo Conselho Gestor (CG) dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Os Conselhos Gestores são formados paritariamente, conforme preconiza a legislação brasileira para a formação de Conselhos de Saúde: metade dos participantes são usuários, sendo que a outra metade divide-se em gestores ou prestadores de serviço e trabalhadores (BRASIL, Lei 8.142/1990). A finalidade dos Conselhos Gestores dos CEREST é realizar discussão, identificação, acompanhamento, avaliação, assessoria, deliberação e fiscalização das ações dos próprios Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, conforme as diretrizes da Política de Saúde do Trabalhador e das propostas de cada região a partir das Conferências de Saúde e Conferências de Saúde do Trabalhador, aprovadas pelas Coordenadorias Regionais e pelos Conselhos Estaduais de Saúde (CEREST/ VALES, 2010; CONSELHO GESTOR DO CEREST REGIÃO NORDESTE, 2008; CEREST/ RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Com relação ao Controle Social na Saúde do Trabalhador, Lacaz e Florio (2009) realizaram análise desta articulação, a partir dos Relatórios Finais da XI e XII Conferências Nacionais de Saúde e do Relatório da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Os autores apontam a ambiguidade do termo controle social, que tanto pode referir o controle que o Estado tem sobre a população, quanto o controle que a sociedade pode fazer do Estado, conforme discutido anteriormente neste trabalho. Porém consideraram como conceito de controle social a participação da comunidade na elaboração e execução das políticas públicas. Entendem que a importância deste trabalho se fundamenta na necessidade de refletir sobre as transformações operadas no (ou a partir do) mundo do trabalho (trabalho informal ou precarizado) com o fortalecimento do neoliberalismo e sua influência nas representações tradicionais que os trabalhadores faziam nas instâncias de controle social – nas representações que eles tinham perante a sociedade, e sua participação nas diferentes instâncias.

Em um breve histórico sobre o controle social, os autores apontam que existem conferências de saúde desde 1941 e que o controle social conforme preconizado pelo SUS, com a participação da comunidade, passou a acontecer em meados dos anos 1980 na esfera da Saúde do Trabalhador (ST). A ST foi o campo de fortalecimento do controle social no país, antes de fazer parte do restante das esferas da saúde. A Saúde do Trabalhador era composta pela participação dos trabalhadores que estavam nos movimentos sindicalistas e que se organizavam em formato de cogestão. Lacaz e Florio (2009) refletem a partir das contribuições de Frederico (1994 apud LACAZ e FLORIO, 2009) a dificuldade brasileira de exercer a democracia, em razão da mistura que faz entre participação direta e indireta. O controle social brasileiro favorece participação de interesses particularistas, por ter representação de categorias as quais vão defender sua área, e não um interesse coletivo em saúde. Para estes autores, este arranjo é que vem impedindo a implementação da Saúde do Trabalhador e a elaboração de programas capazes de atender efetivamente as necessidades da população.

Na análise dos relatórios das Conferências já referidas, os autores compreendem que a XI Conferência, que tratou especificamente do controle social, apontou para a realidade das diferentes instâncias de controle social, especialmente os conselhos municipais, que são subservientes aos poderes já constituídos – burocráticos e técnicos – e teve como resultado a inserção de maior tecnicidade para lidar com este campo. Lacaz e Florio (2009) criticam a desmobilização da população em favor de um incentivo ao conhecimento técnico para acompanhamento da saúde – ou seja, afastamento da população no controle desta política. Com relação ao Relatório da XII Conferência, demorou mais de um ano para ser concluído e criticam a utilização de voto domiciliar, pondo em xeque a discussão aberta entre os conselheiros sobre este documento. Para os autores, há um retrocesso em relação ao ideal republicano na elaboração das Conferências.

A constatação deste retrocesso de certa forma aponta para o fato de que a discussão da saúde do trabalhador e do controle social (CS) que a acompanha fora enriquecida, nos anos oitenta, pelo acúmulo dos militantes do campo, no que se refere aos usuários, na época, representados pelos sindicalistas numa primeira instância. Assim, se por um lado o CS em saúde do trabalhador tem uma história que é anterior à existência do próprio SUS, [...] e deve, por isso mesmo, ser considerado no sentido de valorizar esta trajetória e especificidade; por outro, a realização de conferências no formato em que vêm sendo realizadas e por temáticas específicas deve ser repensada, na medida em que a fragmentação temática pode não mais contribuir para a reflexão sobre os destinos do Sistema Único de Saúde (SUS) num momento em que a visão focalizada das políticas sociais ganha mais força (LACAZ e FLORIO, 2009, p.2131).

Estes autores fazem crítica sobre a questão da representação que as entidades de classe fazem da sociedade civil de forma “organizada”, mas com ela quem acaba participando das

decisões são as “corporações profissionais, a burocracia estatal [...] representantes dos conglomerados aleatórios e mutáveis” (p.2127) e não a população usuária dos serviços. As discussões de Lacaz e Florio (2009), bem como as de Côrtes (2010) reafirmam a mesma vertente, de apontamento ao perigo de desvirtuamento da política que outros autores, Guizardi, Pinheiro, Mattos et al. (2004), Raichelis (2006), haviam feito também.

2.3 Trabalho, gestão na saúde e a relação com o controle social

2.3.1 Dos processos de trabalho à gestão na saúde

O trabalho esteve sempre vinculado ao que organiza a “questão social” (SILVA, 2005) nas diferentes sociedades organizadas no ocidente. Na sociedade dita “primitiva” (p.18) a questão social se formou a partir do “disfuncionamento” provocado pelas pessoas que eram incapazes de trabalhar, como por exemplo o velho e a criança, especialmente a criança órfã. Ambos não conseguiam ser absorvidos pelas relações informais que existiam na comunidade, ficando para o governo a responsabilidade por dar um destino a estes sujeitos. Conforme Silva (2005), na sociedade moderna a questão social se forma a partir do desencontro entre a organização da forma democrática da República que garante ao cidadão acesso aos direitos básicos para viver com dignidade, incluindo o direito de acesso ao trabalho, e ao mesmo tempo, o ingresso da sociedade no regime capitalista liberal que fragmenta o Estado, tendo como principal objetivo o acúmulo de lucro, colocando o trabalho sob domínio flutuante do mercado. “Portanto, um dos elementos que precipitará a formulação do que daí por diante será chamado de ‘questão social’, é seguramente, uma reorganização do mundo do trabalho” (SILVA, 2005, p. 23). O trabalho está no centro da contradição que forma a questão social: há direito ao trabalho porém não há disponibilidade de trabalho para todos. É desta questão social que as políticas públicas tentam dar conta, sendo ela ainda uma questão atual no ocidente.

As transformações ocorridas no campo do trabalho, ao longo das três últimas décadas, são diretamente relacionadas à organização econômico-financeira do país, as quais porém, não são um “privilegio” apenas do Brasil, mas frutos da abertura do mercado internacional, através da globalização que imprime as diretrizes atuais do liberalismo, ou seja, a lógica neoliberal, que além da mera abertura econômica para facilitar as relações de troca das produções/produtos (originais do liberalismo), requer a abertura dos modelos de gerenciamento, de produção de

cultura, informação, tecnologia, incidindo sobremaneira no modo de condução das vidas, das mais diversas instituições e dos sujeitos. Pode-se considerar, portanto, que as mudanças transcorridas significam transformações societárias e não apenas alocadas em um campo, como o do trabalho ou da economia, tampouco desprovidas de um contexto sócio-histórico (BUTIERRES e MENDES, 2010).

Entende-se que as mudanças societárias contemporâneas engendram-se a partir de fatos históricos ocorridos no século XX, atreladas a aspectos políticos, econômicos, ideológicos, sociais e culturais do mesmo, uma época de instabilidade e crise, que permanecem no século XXI (ALMEIDA e MENDES, 2007, p.97).

A transição do século XX para o XXI trouxe marcas que permanecem atualmente presentes. A situação (de situar-se) brasileira nos moldes capitalistas, que iniciou antes da década de 1990, mas que se fortaleceu neste momento final do século XX, infringiu sobre o país uma adequação à lógica de produção e de administração internacional, pautada pelo incentivo e financeirização daquilo que diz respeito à produção de bens e acúmulo de capital. Esta posição tanto impactou nas formas de produção, geração e relação com o trabalho, quanto contribuiu para o retrocesso no caminho que havia se iniciado nas décadas de 1970 e 1980, formalizado em 1988 através da Constituição Federal, de conquista e materialização de direitos sociais para a população brasileira.

Destaca-se que a questão social [no sentido de conjunto das expressões das desigualdades da sociedade] acentuou-se no Brasil, a partir da década de 80, momento em que nosso capitalismo tardio começou a sentir transformações diante do processo de reestruturação produtiva em curso, em que os avanços tecnológicos passaram a extinguir postos de trabalho, a mundialização da economia passou a ditar reformulações nas estratégias empresariais, acarretando uma divisão do trabalho diferenciada, resultando uma heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe-que-vive-do-trabalho [...] (BUTIERRES e MENDES, 2010, p.11). [inserção nossa].

As transformações ocorridas no campo do trabalho modificam também a forma como o trabalhador vai se relacionar com seu trabalho. “Contraditoriamente, o desenvolvimento das forças produtivas, como parte da combinação do desenvolvimento técnico-científico, favorece a expansão do capital, sem que o trabalhador possa usufruir de seus produtos” (WÜNSCH e MENDES, 2011, p.168). O trabalhador fica colocado na condição de sofrer as consequências, os efeitos que os diferentes modos de produção impõem - principalmente sobre sua condição de sujeito, sua vida social, sua saúde - sem o benefício dos resultados daquilo que produziu.

Acompanhando a lógica neoliberal, o modelo toyotista¹ de produção atende às novas necessidades do mercado, através da utilização de estratégias de flexibilização da produção, não sendo mais o foco o acúmulo de estoque conforme no modelo fordista, e sim a produção conforme existência de demanda – se produz o que é necessário a cada momento “*just in time*”. Conforme Butierres e Mendes (2010) o modelo fordista foi predominante até final da década de 1980, baseava sua produção em série e em massa, com trabalho fragmentado e simplificado, oportunizando ciclos curtos de tempo de produção, bem como pouco de tempo de formação e treinamento para os trabalhadores. Tinha como objetivo a produção e o consumo em massa. Já o modelo toyotista se baseia na utilização de tecnologia, na economia da mão-de-obra, com a produção atrelada apenas a suprir a demanda. Necessita de número reduzido de trabalhadores, os quais porém devem ser multifuncionais, polivalentes e disponíveis para realização de horas extras. O objetivo deste modelo é a redução dos custos da produção, através da diminuição dos gastos com mão-de-obra (BUTIERRES e MENDES, 2010).

Desta forma, fica evidente que a flexibilização também é nova palavra de ordem no que se refere a exigência do perfil do “novo” trabalhador, que precisa ser multifuncional, se adaptar às novas demandas, realizando várias tarefas e não apenas dominar uma única função.

Estabelece-se, então, um complexo processo interativo entre trabalho e ciência produtiva, que não leva à extinção do trabalho, mas a um processo de retroalimentação que gera a necessidade de encontrar *uma força de trabalho ainda mais complexa, multifuncional, que deve ser explorada de maneira mais intensa e sofisticada*, ao menos nos ramos produtivos dotados de maior incremento tecnológico (ANTUNES, 2007, p.176) [grifo do autor].

A formalização dos contratos de trabalho também mergulha na tal flexibilidade, com a nova estrutura de produção que precisa dar conta de realizar produções diferentes a cada tempo, a mão-de-obra para execução das tarefas pode ser contratada por tempo determinado, terceirizada ou substituída por equipamentos tecnológicos. Assim, conforme diferentes autores (BUTIERRES e MENDES, 2010; WÜNSCH e MENDES, 2011; ALVES, 2013; ANTUNES, 2007), pode-se afirmar que as novas formas de trabalho produzem também outras formas de alocar os trabalhadores em sistemas que fortalecem a precarização das condições de trabalho,

¹ Toyotismo é uma forma americana de organização do trabalho, aplicada no Japão, na empresa Toyota, que tem por princípio produzir conforme a demanda, se diferenciando das perspectivas fordistas e tayloristas por ter maior variabilidade de produções e por não trabalhar com acúmulo de estoque, produzindo apenas conforme necessidade do mercado. Para que a proposta funcione, reduza custos e aumente os ganhos, é preciso ter menor quantidade de trabalhadores porém que estes saibam fazer mais funções, realizando a que for necessária conforme o período em que a empresa estiver (BUTIERRES e MENDES, 2010).

como subempregos e subcontratações, contribuem para o retrocesso das lutas sindicais e dos direitos conquistados a partir de diferentes e históricas lutas, além de aprofundar o desemprego estrutural. Para Antunes (2010, p.633) o trabalho contratado e regulamentado, nos moldes tradicionais até o século XX, “está sendo substituído pelas diversas formas de ‘empreendedorismo’, ‘cooperativismo’, ‘trabalho voluntário’, ‘trabalho atípico’, formas que mascaram frequentemente a autoexploração do trabalho”. Contribuindo para o agravamento da situação, o desemprego estrutural é definido por não implicar apenas em demissão, mas sim em “eliminação da vaga de trabalho que estava ocupada antes da demissão” (VALLA, STORZ, ALGEBAILLE, 2005, p.46 apud BUTIERRES e MENDES, 2010, p.13).

Para Wunsch e Mendes (2011, p.166) “o capitalismo, na sua fase de financeirização, traz consequências destrutivas para o trabalho, evidenciadas nas diferentes e crescentes formas de precarização e precariedade do trabalho”, tomadas como precarização do trabalho o que diz respeito a perda de direitos conquistados historicamente através de diversas lutas e como precariedade aquilo que se refere as características atuais do trabalho como mercadoria, que atinge dimensões da vida social dos trabalhadores. Conforme Wunsch e Mendes (2011, p. 166) pode-se categorizar o trabalho contemporâneo em três formas de expressão:

a) atuais exigências sobre o trabalho como: ritmo aumentado, controle reforçado, redução de tempos mortos, complexificação dos sistemas; b) formas de prescrição do trabalho, como: as mudanças de natureza do trabalho definido como uma missão; exigências comportamentais – implicações subjetivas, e autoprescrição – o trabalhador é cronometro de si, e, por fim; c) mudanças que incidem sobre o emprego e o trabalho, que se manifestam na precarização objetiva e subjetiva, nas formas diversificadas de contrato, organização e condições de trabalho e em diferentes formas de instabilidade.

Estas formas de expressões do trabalho representam a construção realizada pelo modelo contemporâneo de acúmulo do capital. A forma como o trabalho é entendido e requerido nos dias atuais não se fez sozinha, é fruto de um processo de construção que não se deu sem resistências, a qual porém prosperou, orientada pela diretriz de um projeto societário neoliberal, conforme descrito anteriormente (BUTIERRES e MENDES, 2010; ALMEIDA e MENDES, 2007). A matriz na qual se circunscreve esta proposta societária também contempla uma visão unidirecional sobre os efeitos que a organização atual do trabalho tem sobre a vida dos trabalhadores, formulando sobre isto as teorias e práticas profissionais assentadas nos “riscos socialmente aceitos” (WÜNSCH e MENDES, 2011, p.169) relacionados ao trabalho, propostas que renegam conceitos como erro, negligência e exploração do trabalho, contribuindo com a lógica da individualização dos fenômenos, responsabilizando os sujeitos pelos sofrimentos e

situações ocorridas. Conforme as autoras citadas, naturalizando o acidente e o adoecimento relacionado ao trabalho, colaborando para invisibilizar esse processo como construção sócio-histórica. Assim também se implementa a dimensão da gestão na contemporaneidade, atravessada por esta lógica de manutenção do acúmulo material, da hipervalorização da produtividade e de invisibilização do contexto.

Gestão tem relação com gerenciamento, gerenciar. Empresas, instituições, equipes, ou outros tantos diversos agrupamentos, bem como as vidas individuais, são organizadas por ideologias, ideais, objetivos, os quais se fazem incorporar nos locais (ou nas pessoas), com maior intensidade ou menor, dependendo do modo pelo qual estes próprios locais são gerenciados. Gerenciar é sinônimo de gerir (FERREIRA, 2000), conduzir, levar, realizar (ORIGEM DA PALAVRA, 2015), é um ato que direciona um determinado local ou sujeito a seguir um certo caminho.

Restringindo a abordagem da gestão apenas ao âmbito das instituições, Gaulejac (2007 *apud* CHAPADEIRO, 2013, p. 47) conceitua:

Gerenciar, portanto, evoca a ideia de uma disposição prévia, consistindo em organizar para os fins de uma produção coletiva, de uma tarefa a cumprir, de uma obra a realizar, ou; enquanto controle, consistindo em prestar atenção ao conjunto daqueles que contribuem para essa missão, a fim de melhor mobilizá-los em vista de um fim comum, para proveito de todos.

Na proposta do autor, pode-se identificar que o conceito tem relação com uma perspectiva de mundo. Assim como outros conceitos e práticas, as formas de gestão ou gerenciamento também são construídas e fazem parte de determinado período e contexto. Se tomado sob a ótica contemporânea, a perspectiva que referencia o gerenciamento é ligada diretamente à lógica de produção capitalista, de acúmulo, lucro, desenvolvimento econômico, portanto subtraídas a consideração pelo desenvolvimento humano, emancipação dos cidadãos, solidariedade. De maneira geral, a gestão no contexto atual, é realizada no sentido de que a produtividade, entendida como ganho de capital, seja garantida através do trabalho, da produção gerada por ele.

Alves (2013), Wunsch e Mendes (2011) e Antunes (2007) consideram que o trabalho no contexto contemporâneo é um trabalho precário, no sentido da precariedade das formas de contratação, bem como precariedade do trabalho em si, que requer trabalhadores flexíveis em disponibilidade, função, atividades, característicos do espírito toyotista. O espaço da vida privada do trabalhador passa a ser reestruturado a partir das novas tecnologias informacionais, que formam a chamada “colonização do espaço e do tempo ‘pessoal’” (GAULEJAC, 2007 *apud*

CHAPADEIRO, 2013, p.55), precarizando a dimensão da vida privada dos trabalhadores. O tempo livre passa a ser dominado pelas preocupações de rentabilidade e de intensidade.

Esta cultura apresenta o empreendedorismo como possível saída a situação precária de trabalho e ao desemprego estrutural. Em uma lógica individualizante, o “mundo dos pequenos negócios” (CHAPADEIRO, 2013, p.43), do autoempreendedorismo, localiza o sujeito como único responsável por sua situação, montando uma “farsa Você S/A” (CHAPADEIRO, 2013, p.43), que camufla a alienação produzida pelo capitalismo através da fachada de que cada um é seu próprio empresário, como se fosse possível a qualquer um ter a autonomia necessária para empreender, bastando apenas ter vontade. O falso é que por trás desta proposta encontram-se novamente “condições salariais precárias e de precariedade do trabalho” (CHAPADEIRO, 2013, p.43). O “sonho” na proposta toyotista é que não existam mais funcionários, trabalhadores, e sim “prestadores de serviços, indivíduos empreendedores, funcionário ‘PJ’, ‘colaboradores’” (CHAPADEIRO, 2013, p.43) sobre os quais não se tem responsabilização trabalhista, mas que ao mesmo tempo responsabiliza-se a eles por investir “na marca”. A gestão no toyotismo direciona para abolição do regime salarial e para não responsabilização pelas condições de trabalho dos sujeitos ligados às instituições, ao mesmo tempo conforma os “colaboradores” ao cumprimento das regras e normas institucionais através de estratégias psicológicas de integração do trabalhador aos interesses da empresa, como se fossem interesses comuns. Os “colaboradores” passam a buscar maior lucratividade e produtividade para a empresa, como se ela fosse sua.

A gestão toyotista se constitui “um nexó psicofísico capaz de moldar e direcionar ação e pensamento, coração e mente dos trabalhadores em conformidade com a racionalização da produção. [...] é a gestão da captura da subjetividade” (CHAPADEIRO, 2013, p.44). Para Rose (2008) a psicologia teve, historicamente enquanto constituição da disciplina como campo científico, participação na construção desta lógica de empresa, a partir da forma como conduzia suas intervenções nas duas últimas décadas do século XX, para regulação das pessoas através o que o autor chama de “ética do self” (ROSE, 2008, p.162), que propõe valorização da autonomia, no sentido de que tudo o que o sujeito é ou faz, é da responsabilidade de suas próprias escolhas, desta forma quando acontecem problemas, eles são considerados como falta de iniciativa do sujeito. O “*self* empreendedor” (ROSE, 2008, p.162), tem responsabilização individual tanto pelo crescimento – empreendedorismo, maximização das vantagens individuais – quanto pela ruína, falta de vontade, escolhas equivocadas. Esta lógica de empresa não fica restrita apenas às pessoas e às organizações com fins industriais ou de negócios, “mas também fornece uma imagem original para um modelo de atividades a ser encorajado” em

locais que antes tinham lógicas bem diferentes, como “a escola, a universidade, o hospital [...] e até mesmo a família” (ROSE, 2008, p.162). A psicologia, para Rose, participa deste contexto produzindo teórica e tecnicamente, o molde para adaptar os sujeito a esta realidade. Transcrevendo os apontamentos de Rose para o tema da gestão, é possível relacionar a tarefa de gerenciar com o estímulo e a manutenção de “*selves* empreendedores”.

Para Chapadeiro (2013, p.47) a gestão foi tornada uma ideologia, no sentido de uma tecnologia de poder, que opera na seguinte perspectiva:

trabalhador é um agente ativo do mundo produtivo e onde os improdutos são rejeitados, e a finalidade da atividade humana não é mais a composição de uma sociedade através de relações socializantes, mas sim fetichizantes, mediada por objetos (mercadorias) e não pessoas, e a ação de explorar recursos, sejam eles materiais ou humanos, tenha sempre o mesmo fim: o maior lucro dos capitalistas.

A gestão acaba por sustentar, com sua lógica de domínio capitalista, o individualismo e o sofrimento no mundo do trabalho (CHAPADEIRO, 2013). Para Heloani (2003 *apud* CHAPADEIRO, 2013, p.52) a gestão tem uma dimensão psicológica de dominação, com normas de controle sutil, a dominação é feita muito mais pela introjeção das normas ou regras do que pela explicitação delas.

Assim, a gestão contemporânea se dá exclusivamente pelo fomento à racionalidade individualista. Os coletivos, as equipes, são tomados pela soma do papel que cada indivíduo pode realizar, cada um com seus desejos em busca de gozo individualmente. Não se trata de compreender a dimensão coletiva como socialmente compartilhada, cujas responsabilidades possam ser divididas e diferentes interesses, não apenas os econômico-financeiros, possam ser considerados. Não se trata de colocar em roda, horizontal, mas sim em linha, vertical.

No momento em que passa-se a pensar na gestão aplicada ao Sistema Único de Saúde, uma política pública que tem como princípios a universalidade do acesso, integralidade da atenção e participação da comunidade no seu gerenciamento, é necessário que se construa outra forma de gerenciar. Coerente com aquilo que a própria política objetiva.

2.3.2 *Gestão nas políticas públicas de saúde*

A gestão nas políticas públicas tem relação direta com a construção das próprias políticas. A instituição das políticas sociais como dever do Estado foi uma conquista da população através de diversas lutas iniciadas bastante tempo antes do final do período ditatorial

do Brasil. Estas lutas já referidas anteriormente, serão retomadas no próximo capítulo desta dissertação, mas também neste momento serão apontadas através da perspectiva imbricada que tem com o modelo de gestão democrático, ou, contrariedade que fazem a outros determinados modelos.

Conforme Nunes (2000) desde anteriormente a proclamação da independência e da república do Brasil, com a transferência da corte portuguesa em 1808, ocorreram diversas mudanças relacionadas a preocupação da corte com a capacidade produtiva do país, para que pudessem garantir as riquezas da família e também o progresso das “novas” terras. A capacidade produtiva da população não poderia ser afetada pelas doenças, assim o primeiro projeto de saúde para o Brasil é ligado à higiene pública e medicalização do espaço urbano, na tentativa de garantir a vida de perfeitos cidadãos, habitantes saudáveis e patriotas, que pudessem defender a terra. Neste mesmo período são inauguradas as primeiras faculdades do Brasil, de Medicina e também as sociedades e academias de Medicina e de Cirurgia. A medicina social, no momento de sua constituição, é urbana, e não do trabalhador ou proletariado, com foco em identificar perigos, doenças e desordens, fortalecendo a relação entre ordem-moral-saúde.

A história da formação das políticas de saúde no Brasil demonstram que esse processo sempre dependeu “da forma pela qual as elites enfrentaram os dilemas e impasses gerados pela interdependência social” (MENDES et al., 2011, p.333), sendo que a organização das políticas são claramente pautadas pelo interesse ou lucro material que as classes dominantes teriam no cálculo custos X benefícios, com a coletivização do bem-estar. Nunes (2000) refere que no período da República Velha (1889-1930), com a aliança entre militares e cafeicultores para organização de um Estado com vistas a abertura de mercado, conforme a ideologia liberal, evidencia-se a crise no modelo imperial escravagista e a passagem para hegemonia nacional do capitalismo. Neste contexto a medicina social oferece o combate às epidemias, a elaboração de legislações e a urbanização, com combate às desordens e outras causas provocadoras de doenças nas cidades. Em troca, a mesma medicina cobra do Estado luta contra o charlatanismo e reconhecimento da exclusividade do seu saber sobre a saúde.

A oferta da medicina social era de um projeto que não se voltava para as massas, mas propunha a tutela da sociedade através da universalização da atenção médica, apenas com práticas especializadas e intervenções individuais. Porém, este projeto gerava altos custos e o Estado aderiu para si um projeto diferenciado, o sanitarismo-campanhismo, iniciado no Brasil por Osvaldo Cruz, médico sanitarista. O projeto do sanitarismo-campanhismo era focado no combate as epidemias e endemias, com moldes científicos da bacteriologia e microbiologia e elaboração de vacinas (NUNES, 2000).

Posteriormente, os anos entre 1920 e 1930, foram de ruptura na política da saúde brasileira, principalmente pela Campanha contra o Código Sanitário, levada pelos positivistas e apoiada pela população que se sentia violentada e privada de seus direitos com as práticas impostas autoritariamente pela ideologia sanitária, como o internamento de doentes em hospitais de isolamento, demolição de moradias, culpabilização dos doentes pelas suas doenças (NUNES, 2000). No período da Nova República (a partir de 1930) e da ditadura militar (1964-1985) no Brasil, torna-se predominante o modelo médico-assistencial privatista, pois o modelo sanitarismo-campanhismo não atendia as necessidades da economia industrializada. Conforme Mendes et al. (2011), neste período cresce a atenção médica da Previdência Social e se explicita o caráter discriminatório da política de saúde, evidenciando quantitativa e qualitativamente as desigualdades entre usuários do meio urbano e rural. Esta realidade aponta novamente na história, as limitações do modelo médico-assistencial privatista, centrado em práticas curativas e reabilitadoras, pois ele não é eficaz na redução do perfil de morbimortalidade, possuía custos crescentes que inviabilizam a abrangência para maior número de população, além de não ter o apoio dos usuários que estavam insatisfeitos com os serviços prestados.

Neste contexto ainda é necessário considerar as modificações ocorridas no campo do trabalho, no final da década de 1960 e início de 1970 “pela ampliação dos mecanismos de superexploração do trabalho – da terceirização ao trabalho precário, do trabalho doméstico ao trabalho infantil e semiescravo [...]. Isso proporcionou a extensão direta da jornada de trabalho e o barateamento permanente da mesma” (MENDES et al. 2011, p.334). A politização da classe trabalhadora se deve em grande parte a este momento histórico, resultando em organização, nos grandes centros urbanos, de coletivos que fizessem oposição através de greves à política econômica de arrocho salarial. O cenário dos anos 1970 foi formado por diversos movimentos sociais e entidades, diversas entre si, mas com um ponto em comum, a oposição à ditadura militar e a defesa pela democratização do país. No ínterim desta cultura de politização trabalhadores e outros atores, dentre eles acadêmicos da área da saúde, organizam a luta pela Reforma Sanitária.

O movimento da reforma sanitária surgiu em meados da década de 1970 e foi fruto de lutas e mobilização dos trabalhadores de saúde articulados a um movimento popular na perspectiva de reversão do sistema perverso de saúde. É preciso compreender que o movimento da reforma sanitária se caracteriza como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde aos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um sistema único de saúde, constituído sob regulação do Estado que objetive a eficiência, eficácia e equidade, e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de outro paradigma assistencial,

do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES et al. 2011, p.334).

Um momento importante deste período, que materializou as discussões sobre o projeto institucional para o Sistema Único de Saúde, foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Conforme Guizardi et al., (2004), no relatório final desta Conferência fica explicitada dimensão ampliada de saúde e de participação, pois o controle social - considerado uma das formas de participação - deve ser garantido à população para que atue sobre as políticas sociais e econômicas, sendo a saúde considerada como uma dentre as políticas sociais. “Deste modo, o direito à saúde é apresentado como dependente do controle das políticas estatais” (GUIZARDI et al., 2004, p.19). Na direção da constituição da política de saúde proposta na Conferência, há preocupação com a descentralização da participação e desvinculação orçamentária da saúde em relação a Previdência Social. No relatório fica explicitada que a participação da população deve ser na organização, na gestão e no controle de serviços e ações de saúde.

A partir da reforma sanitária, oficializada nos resultados da VIII Conferência, se originou o Sistema Único de Saúde - SUS, que ficou formalizado na Constituição Federal de 1988, uma das Cartas Magnas mais democráticas do mundo. Conforme Mendes et al. (2011), o SUS pode ser considerado uma das mais bem sucedidas reformas da área social de um Estado democrático e de direitos, pelo seu caráter universal e igualitário. Ele é uma estratégia de reforma democrática, que confronta permanentemente o modelo hegemônico, vigente, de ideários neoliberais - este último que defende o modelo médico-assistencial privatista atualizado.

No Brasil a disputa iniciada a partir da crise econômica e política do início dos anos 1990, entre os modelos neoliberal e da reforma sanitária, é ainda vigente nos dias de hoje. De um lado as propostas universalistas e equitativas (da reforma sanitária) ficam garantidas na implementação e qualificação de serviços da Atenção Básica em Saúde, de programas específicos como transplante de órgãos, de tratamento para HIV/AIDS, saúde mental, entre outros. Por outro lado, principalmente as instituições hospitalares permanecem sendo uma arena marcada por uma lógica de domínio de práticas privadas de corporações ou empresas, tendo suas regras particulares para acessibilidade e garantia de assistência (MENDES et al. 2011). A marca do ideário neoliberal não é restrita aos hospitais apenas, mas ela se situa nos serviços e instituições que vão em uma única direção administrativa e de gestão.

O Sistema Único de Saúde revoluciona o formato da gestão em saúde, propondo uma organização descentralizada, com participação social, universalização e integralidade,

refletindo diretamente nas condições de saúde das diferentes populações de cada território. Para Campos (1998, p.864):

No Brasil, dentro do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), há inúmeras experiências voltadas para ampliar a democracia [...]. A descentralização para os municípios (processo de municipalização) e a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde, com maioria de usuários, estão entre os principais dispositivos sugeridos pelo SUS para alterar o funcionamento burocrático do Estado.

A gestão proposta pelo SUS inclui descentralização da administração para os diferentes territórios, na perspectiva de inclusão das diversas realidades e da participação do maior número de sujeitos interessados, oportunizando a todos os envolvidos com a saúde, desde usuários, passando por trabalhadores e agentes públicos (chamados gestores na Lei 8.142/1990), maior interferência em sua elaboração e execução.

A descentralização tornou-se um instrumento potencialmente estratégico de rompimento com as tendências centralizadoras, concentradoras e excludentes da política social, pois a instância colegiada de gestores, preconizada pelo próprio SUS, constitui-se num espaço para discussão e condução do processo de descentralização (MENDES et al., 2011, p.335).

Os diferentes documentos que dão corpo à gestão descentralizada e a formação de colegiados gestores, em diferentes instâncias do sistema, se instituem a partir das Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990 e da Lei 8.142/1990, as quais são escassas na apresentação de artigos de sua própria aplicação. Dar conta dos espaços em aberto nestas duas leis, ficou ao cargo das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs), NOB de 1993, NOB de 1996, que direcionam aos municípios e estados a responsabilidade pela assistência em saúde, ficando sob a responsabilidade da União, através do Ministério da Saúde, o fornecimento de recursos, a formação dos profissionais, dentre outros pontos. Alguns anos mais tarde, em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) regulamenta a regionalização e hierarquização e em 2006 o Pacto pela Saúde, lançado pela Portaria/GM n. 399, direciona para a pactuação solidária do financiamento, das responsabilidades e das metas sanitárias, compartilhadas pelas três esferas de governo na produção de saúde (MENDES et al., 2011). Em 2011, o Decreto 7.508, de 28 de junho, regulamenta a Lei 8.080/1990, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa.

Algumas críticas apontadas à descentralização são referentes à própria descentralização acontecer apenas no âmbito da assistência e das responsabilidades mas não do poder, ficando muitas vezes a cargo dos estados e municípios cumprirem com metas e ofertarem programas

estabelecidos pelo Ministério da Saúde, os quais não necessariamente condizem com as realidades regionais e locais e não tendo as secretarias estaduais e municipais, competência para redirecionar os recursos previamente destinados aqueles fins. O financiamento na gestão descentralizada é também um ponto de atenção, pois ele não pode ser administrado de forma independente e fica submetido a escolhas políticas do Estado, as quais podem ser em prol do subfinanciamento da saúde.

Campos (1998) aponta que as teorias da administração colocam a tarefa de administrar as pessoas como se fosse administração de instrumentos, intentam disciplinar os sujeitos, quebrar seu orgulho e sua iniciativa própria, ou ainda, algumas técnicas mais modernas pretendem modificar as subjetividades, ganhar as almas dos sujeitos, concepção coerente com a apresentada por Chapadeiro (2013), entre outros, citados anteriormente. Para Campos nenhuma das teorias investe em produzir sujeitos que sejam autônomos e ao mesmo tempo capazes de contratar compromissos com os outros. Assim ele propõe um “Método de Gestão” de instituições de saúde (CAMPOS, 1998, p.865), chamado “Método da Roda ou Método Paideia” (CAMPOS, 2015, p. 234), possível para diversos tipos de serviços ou instituições da área, e até para outros setores, tendo em vista que sua principal proposta é recomendação de práticas democráticas, produtoras de sujeitos-cidadãos, capazes de se organizarem em grupos e criarem resistências às adversidades.

A ideia de que a gestão é uma tarefa coletiva – sistemas de Cogestão – e não somente uma atribuição de minorias poderosas ou especialistas. O exercício do governo depende da produção simultânea de Espaços Coletivos que cumpriram três funções básicas: * uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho, objetivando a produção de valores de uso; * outra de caráter político, a cogestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições; * e ainda uma pedagógica e terapêutica. A capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos (CAMPOS, 2015, p.14)

O método do autor, é direcionado no sentido de que os serviços cumpram com seus objetivos e ao mesmo tempo permitam que os atores que fazem parte deles ampliem sua capacidade de reflexão e de co-gestão, através da criação de espaços nos quais se facilitem o acesso à informação, criação de horários para encontros periódicos participantes, de forma que planejamento e reflexão façam parte do trabalho habitual, para que todos os envolvidos se identifiquem e ao mesmo tempo cumpram com os compromissos, possibilitando como resultado “uma mescla de determinados Produtos (socialmente necessários) com uma Obra (criação singular)” (CAMPOS, 1998, p.866). A cogestão pode e deve influir sobre a produção dos próprios sujeitos – a palavra *Paideia* refere-se a formação integral do ser humano – que se

forma ao mesmo tempo em que vivencia a construção coletiva (CAMPOS, 2015). Pode-se identificar que a referência a “autônomo” aqui não tem o mesmo sentido do apontado anteriormente como “*self* empreendedor”. Naquela circunstância a autonomia era relativa a responsabilização individual objetivando sucesso e fracasso financeiro-econômico, relativo a busca por lucro capitalista – quando sujeito fica em posição de busca insaciável pelos objetos. Nessa referência de Campos, autonomia diz respeito ao compromisso de corresponsabilização coletiva, com o qual sujeitos implicados podem incluir a criação e a participação de diferentes pontos de vista no gerenciamento da política de saúde.

Para esta proposta funcionar, o autor refere que ela também precisa garantir em sua rotina a consideração pelo que é de fora, aquilo que é interesse da clientela, especialmente valorizando os usuários, aquilo que é da experiência de outros parceiros e das diretrizes estabelecidas por outros sistemas ao trabalho. Na co-gestão, diferentemente da autogestão, considera-se que não há nem poder nem dominação absolutos, mas sempre relativos e em relação com os outros, requerendo constante negociação, permanente discussão, recomposição com outros desejos e interesses. “Governar junto, não somente ser governado ou imaginar o delírio de governar-se ignorando as impossibilidades da realidade” (CAMPOS, 1998, p.369). O método sugerido por Campos não propõe dirimir os conflitos ou as contradições, que são inerentes às relações democráticas, mas sim admitir a possibilidade de que existam e de que possam ser trabalhados, considerando as várias racionalidades envolvidas.

Pode-se afirmar que a proposta de Campos (1998; 2015) apresenta-se como uma possível diretriz para o controle social. É viável pensar a implementação desta proposta no funcionamento de algumas instâncias de controle social, como por exemplo os conselhos de direitos, como os conselhos de saúde e os conselhos gestores de saúde do trabalhador, pois as características da co-gestão são coerentes com os fundamentos do controle social, com o trabalho que precisa ser desenvolvido nestes órgãos participativos. Neste trabalho entende-se que a gestão na área da saúde precisa ser compreendida e realizada a partir da proposta deste autor. A construção feita a partir desta dissertação faz a pesquisadora se posicionar de forma a compreender que o termo “gestão”, quando circunscrito ao Sistema Único de Saúde, especialmente para os conselhos participativos que compõem o sistema, deve ser tomado como sinônimo do termo “co-gestão” proposto por Campos (1998; 2015).

3. SAÚDE DO TRABALHADOR

3.1 A saúde do trabalhador e o controle social: marcos legais

A *Constituição Federal* (1988) definiu saúde enquanto direito individual e coletivo, ao lado dos direitos sociais à educação, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados, estabelecendo em seu artigo 196: “a Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A Constituição Federal também determina a competência da União, dos Estados e dos Municípios no cuidado à saúde, constituindo assim rede hierarquizada e regionalizada, formando um sistema único – o SUS (Sistema Único de Saúde), que se organiza a partir de três diretrizes, conforme o artigo 198: descentralização (das esferas de governo), atendimento integral e participação da comunidade. Apesar de a terceira diretriz incluir a participação da comunidade, não há explicitação sobre o controle social da saúde neste documento, apenas outra breve inferência no artigo 197: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988).

A organização do SUS, voltada para a atenção integral à saúde da população inclui de maneira geral todos os tipos de atenção, até a Saúde do Trabalhador, e no artigo 200 da Constituição Federal, fica especificada a responsabilidade do SUS, nos seguintes incisos:

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; [...] VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Tanto as legislações sobre controle social, quanto de saúde do trabalhador serão esclarecidas em documentos posteriores.

A *Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990*, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Esta lei direciona o que na Constituição Federal estava em aberto. O artigo 6º aponta que estão incluídas no campo de atuação do SUS, entre outras, as ações de saúde do trabalhador, conceituando no parágrafo 3º do mesmo artigo, saúde do trabalhador como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: I- assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; II- participação [...] em estudos, pesquisa, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; III- participação [...] da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador; IV- avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; V- informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitando os preceitos da ética profissional; VI- participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; VII- revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e VIII- a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1988).

Os incisos III e VI sinalizam a perspectiva de controle social sobre a saúde do trabalhador através da participação dos trabalhadores na normatização, fiscalização e controle de produção e de outros aspectos do trabalho, por exemplo, como no manuseio de substâncias e sobre os próprios serviços de saúde do trabalhador nos diferentes locais de trabalho. O artigo 7º aponta para as ações desenvolvidas no SUS, incluindo serviços públicos e privados contratados ou conveniados, que obedecem a diversos princípios, como universalidade, integralidade, igualdade e, referenciado no inciso VIII, o princípio de participação da comunidade.

O artigo 15º aponta para as atribuições administrativas dos diferentes níveis, União, Estados, Distrito Federal e Municípios, entre elas há duas que situam o controle social: inciso “I- definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde [...]; XVII- promover articulação com órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde” (BRASIL, 1990).

Já a *Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990*, trata especificamente da participação da comunidade na gestão do SUS, além da transferência de recursos financeiros, indicando que o Sistema Único de Saúde, em cada esfera de governo, contará com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Sendo que os parágrafos do artigo 1º referem:

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo poder executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

O parágrafo 3º refere que outras duas instâncias colegiadas, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde e o parágrafo 4º define que a participação dos usuários tanto nos Conselhos de Saúde quanto nas Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Esta lei aborda concomitantemente sobre os recursos financeiros porque seu repasse está diretamente ligado às instâncias de controle social. Para que Estado, Distrito Federal e Municípios recebam os recursos financeiros previstos na lei 8.080/1990, em seu artigo 35 – que inclui no quociente da distribuição a divisão pelo número de habitantes e outros critérios demográficos – cada instância deverá contar com: Conselho de Saúde, com composição paritária (BRASIL, 8.1442/1990, Artigo 4º, inciso II).

Após a publicação da *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde* – NOB/SUS-96, instrumento de regulação que inclui orientações operacionais, explícita e dá consequência prática aos princípios do Sistema, favorecendo mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil – foi elaborada de forma a complementar à NOB/SUS a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), *Portaria MS/GM nº3.908 de 30 de outubro de 1998*. Esta Norma estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador e da trabalhadora no SUS, baseada nos pressupostos básicos da universalidade, integralidade, entre outros, sendo explicitado no inciso IV o pressuposto do controle social,

reconhecendo o direito de participação dos trabalhadores e suas entidades representativas em todas as etapas do processo de atenção à saúde, desde o planejamento e estabelecimento de prioridades, o controle permanente da aplicação dos recursos, a participação nas atividades de vigilância em saúde, até a avaliação das ações realizadas (NOST-SUS/1998).

No mesmo ano foi publicada, alguns meses antes, a *Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998*, que continua vigente atualmente. Este documento conceitua vigilância em saúde do trabalhador como uma atuação contínua e sistemática no sentido de detectar, conhecer,

pesquisar e analisar, fatores de agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções. Constitui um conjunto de práticas sanitárias, centrada na relação da saúde com o ambiente e processos de trabalho, para melhoria das condições de vida e saúde da população. Não é uma área independente da vigilância em saúde. Com relação aos princípios considera a universalidade integralidade das ações, pluriinstitucionalidade, controle social, hierarquização e descentralização, interdisciplinaridade, pesquisa-intervenção e o caráter transformador, proponente de mudanças de processos de trabalho. Esta Portaria refere como princípio do controle social a:

[...] incorporação dos trabalhadores e de suas organizações, principalmente as sindicais, em todas as etapas da vigilância em saúde do trabalhador, compreendendo sua participação na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades, e adoção de estratégias, na execução das ações, no seu acompanhamento e avaliação e no controle da aplicação dos recursos (BRASIL, 1998, item 3.4 do Anexo).

Além de princípio, entende que o controle social também faz parte da estratégia de vigilância em saúde, recomendando a criação de comissão,

[...] de forma colegiada, com a participação de trabalhadores, suas organizações sindicais e instituições públicas com responsabilidades em saúde do trabalhador, vinculada organicamente ao SUS e subordinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de saúde, com a finalidade de assessorá-lo na definição de políticas, no estabelecimento de diretrizes e prioridades, e no acompanhamento e avaliação da execução das ações de saúde do trabalhador (BRASIL, 1998, item 5.2 do Anexo).

Em 2002, a *Portaria Ministerial nº 373, de 27 de fevereiro de 2002*, aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, e buscava promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde. A partir das diretrizes de regionalização e hierarquização da NOAS organizaram-se alguns meses depois a RENAST, que veio se tornar um marco importante na consolidação da Saúde do Trabalhador no SUS. A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS (RENAST), foi homologada pela *Portaria MS/GM nº 1.679, de 19 de setembro de 2002*. Ela orienta sobre a construção dos Planos Estaduais de Saúde do Trabalhador, com a participação das instâncias de controle social do SUS e define, para implantação da Rede, a organização de “I- Ações na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF); II- Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST); III- Ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS”.

Em 2006 o Pacto pela Saúde veio substituir a NOB 01/1996 e a NOAS SUS 2002 naquilo que estas não conseguiram atingir. Firmado pela *Portaria MS/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006*, o Pacto “é um conjunto de reformas institucionais firmado entre as três esferas gestoras do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão” (DIAS, 2011, p.27). A adesão ao Pacto acontece através do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que é renovado anualmente. O TCG estabelece compromissos e metas de assistência e de gestão. O Pacto pela Saúde possui três dimensões: 1) o Pacto pela Vida, que é o conjunto de compromissos sanitários, com prioridades para cada esfera de governo e explicitação do orçamento para alcance dos resultados. 2) o Pacto em Defesa do SUS, movimento de repolitização da saúde através da promoção de cidadania e da saúde como um direito e garantia de financiamento de acordo com as necessidades do SUS. 3) o Pacto de Gestão, estabelece diretrizes para os aspectos de Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada – PPI, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

No mesmo ano foi publicada a *Portaria 648 de 28 de março de 2006*, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, revisa e estabelece diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica no Programa de Saúde da Família (PSF) e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que apesar de não citar a saúde do trabalhador, aponta em diferentes pontos a proposta de estímulo a participação e controle social da saúde.

Em 2009 a *Portaria MS/GM nº 2.728 de 11 de novembro de 2009*, adéqua a RENAST às diretrizes do Pacto pela Saúde, orientando mudanças em relação a organização da rede e direcionando para o desenvolvimento de ações na Atenção Primária à Saúde. Com relação à Vigilância, a atualização veio com a *Portaria GM/MS nº 3.252 de 22 de novembro de 2009*, que estabeleceu diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde e articulou as vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e em Saúde do Trabalhador. Em 2010 é organizada uma Portaria que define o modo de atuação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a *Portaria 4.279 de 30 de dezembro*. O anexo da Portaria organiza conceitos e fundamenta as ferramentas e estratégias de implementação da RAS. A *Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011*, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisa diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) para o SUS se constituiu a partir do extenso trabalho de profissionais dos serviços de saúde, técnicos, instituições de ensino e pesquisa e trabalhadores. O primeiro documento aprovado pelo Ministério da Saúde data de

1991, sendo posteriormente em 1998, 2004 e 2010 apresentadas outras versões não aprovadas (DIAS, 2011). O *Decreto 7.602 de 7 de novembro de 2011*, dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), esta política tem por objetivo a promoção da saúde e a qualidade de vida do trabalhador, a prevenção de acidentes ou danos relacionados ao trabalho, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho. A PNSST inclui em seus princípios o “diálogo social”², citando que a participação voluntária das organizações de trabalhadores e empregadores, está contemplada como uma das formas que a PNSST tem para atingir seus objetivos. A gestão da PNSST é participativa, composta por uma Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho, constituída paritariamente por representantes do governo, trabalhadores e empregadores, incluindo os Ministérios do Trabalho e Emprego, Saúde e Previdência Social. As competências desta Comissão incluem: acompanhar a implementação da PNSST, estabelecer mecanismos de validação e controle social da PNSST, divulgar a PNSST e articular rede de informações sobre segurança e saúde no trabalho.

No ano seguinte, foi instituída a *Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012*, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST), que se alinha a PNSST, considerando a necessidade de implementação de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS. Inclui todos os trabalhadores,

[...] homens, mulheres, independentemente de sua localização, rural ou urbana, sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado (BRASIL, 2012, Artigo 3º).

Esta política delinea seus princípios de acordo com as prerrogativas do SUS e explicita a participação da comunidade e o controle social como parte deles. Tem por objetivos fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT); promover saúde, ambiente e processos de trabalho saudáveis; garantir integralidade à saúde do trabalhador em todos os pontos da rede, inclusive na atenção básica; ampliar o entendimento de saúde do trabalhador como transversal a todos os pontos e instâncias da rede de atenção; incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade; assegurar que a identificação da situação de trabalho seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS;

² Parágrafo II, alínea d. Este termo não é acompanhado por definição conceitual na PNSST, porém no contexto deste trabalho se propõe que a interpretação dele seja na direção do que o restante da Política aponta, a busca de participação e diálogo entre diferentes atores no contexto do acompanhamento de implementação da própria Política.

assegurar a atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS. A PNST/2012 amplia a atenção ao trabalhador(a), não se restringindo apenas à segurança. Sem revogar a Portaria de 2011, esta PNST/2012 inclui outros pontos da rede de atenção e amplia os sujeitos que podem usufruir da política, colocando a legislação mais alinhada à realidade, próxima da atenção integral que o usuário necessita em sua assistência em saúde.

Esta Portaria foi um marco, pois a partir dela se originou a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Em 2014, ano em que foi executada a presente pesquisa, foi também realizada a 4ª Conferência Nacional. A Saúde do Trabalhador ficou nove anos sem realizar Conferência Nacional, assim este ano marcou a retomada desta área como pauta nacional, estadual e regional de discussão, explicitando que a situação da relação entre trabalho e saúde necessita de atenção da população em geral, dos usuários dos serviços, dos trabalhadores, dos profissionais da saúde e gestores, e refortalecendo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, que vinham sofrendo uma espécie de enfraquecimento pela destinação dos recursos da atenção ao trabalhador para outros setores da saúde.

O Conselho Nacional de Saúde³ estabeleceu como tema central da 4ª Conferência Nacional: *Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado*. A Conferência teve como eixo principal a “Implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora” e os sub-eixos: 1) O Desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora; 2) Fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora; 3) Efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo; 4) Financiamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, nos municípios, Estados e União. O Relatório Final da 4ª Conferência ainda não está disponibilizado pelo Conselho Nacional de Saúde, porém estão públicas as 219 propostas aprovadas na Plenária Final da Conferência.

As propostas aprovadas no sub-eixo 1 “O Desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora” defendem a análise do perfil produtivo dos trabalhadores e das empresas de cada região do país, com ênfase na defesa dos direitos aos trabalhadores informais; no sub-eixo 2 “Fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora”, as propostas vão ao encontro do estabelecimento e/ou do fortalecimento de ações

³ Disponível em <http://www.renastonline.org/temas/confer%C3%A2ncia-nacional-sa%C3%BAde-trabalhador>

de capacitação e educação permanente para conselheiros de saúde, bem como de formação da população, através do ensino básico e médio, para realizar controle social. Também ficaram defendidas neste eixo a garantia da gestão democrática nas unidades, serviços de saúde e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

O sub-eixo 3 “Efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo”, resultou em propostas que destacam a importância e necessidade de fortalecimento da Política Nacional em diferentes instâncias da saúde, em especial nos serviços dispostos pela Atenção Básica à Saúde. Por fim, as propostas do sub-eixo 4 “Financiamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, nos municípios, Estados e União” asseguram a independência orçamentária dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, da Vigilância em Saúde do Trabalhador e também dos Conselhos de Saúde.

Lacaz e Florio (2009) em suas análises sobre as bases legais e os registros sobre a participação popular no Brasil, referenciados anteriormente, apontam para a indefinição do marco legal neste campo. Para eles, a principal referência para o conceito que perdura até os dias atuais referente a participação, surgiu com a VIII Conferência Nacional de Saúde, que inspirou a reformulação do Sistema Nacional de Saúde – dando origem ao que se constituiu posteriormente como SUS. A indefinição que Lacaz e Florio (2009) apontam, diz respeito a participação da sociedade civil definida na Constituição Nacional (1988) que não apresenta critérios para sua efetivação: a Constituição cita que sociedade civil poderá participar de forma direta mas não explicita como se organizará isto, as condições e a dinâmica, tampouco esclarece sobre a dinâmica de funcionamento dos conselhos e conferências. Considerando as legislações seguintes, apontadas inclusive nesta dissertação, fica evidenciado que algumas definições foram feitas posteriormente.

3.2 Saúde do trabalhador: uma categoria teórica e política

No Brasil o campo da Saúde do Trabalhador tem estreita relação com os movimentos de reorganização social dos anos 1970-80, pois amplia a perspectiva teórica, conceitual e política da Saúde Ocupacional⁴ ao trazer para saúde coletiva as questões do trabalho e do

⁴ Saúde Ocupacional, conforme Organização Mundial da Saúde (apud NOGUEIRA, 1984), visa manter o mais elevado nível de bem estar físico, mental e social dos trabalhadores, bem como adaptar o trabalho a eles e eles ao trabalho. Pode-se considerar que é uma perspectiva cujos limites se dão pela crença em uma linearidade de

adoecimento e fazendo parte do que constituía na época o Sistema Único de Saúde (primeiramente chamado de SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde). Evolui da relação disciplinar de medicina e ciências sociais, influenciada pela corrente latino-americana da Medicina Social e pelo novo sindicalismo. Foi com a implantação do SUS que a Saúde do Trabalhador se fortaleceu, com a universalidade do acesso, todos os trabalhadores passam a ter direito à saúde, independentemente da forma de vinculação ao trabalho e com a equidade, os trabalhadores mais vulneráveis recebem atenção diferenciada (DIAS, 2011).

Com a implantação do SUS, o Brasil dá um importante passo para garantia da proteção social da população, conforme preconizado na Constituição Federal de 1988. A saúde compõe uma das políticas que forma o tripé da seguridade social, ao lado da assistência social e da previdência social (MENDES et al., 2011). Ela foi o primeiro dos direitos a ter uma política organizada e implementada, seguido mais tarde pela assistência social (Lei Orgânica da Assistência Social, 2003), entretanto não acompanhados pela previdência social, que ainda assegura direitos apenas a quem contribui. Para Wunsch e Mendes (2011) esta situação sustenta um paradoxo com relação ao lugar do trabalho na sociedade, a proteção social se aplica em duas esferas e não em todas conforme constitucionalmente pretendido, ficando desprotegido o crescente número de trabalhadores que não se enquadram na forma de contratação pelo regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

A inserção precarizada de trabalhadores no mercado de trabalho e a ausência do vínculo formal acabam por comprometer o acesso aos direitos previdenciários e, conseqüentemente, o direito do trabalhador frente às necessidades relacionadas, fundamentalmente, ao adoecimento e aos acidentes de trabalho, bem como frente às demais necessidades decorrentes dos ciclos vitais (WÜNSCH e MENDES, 2011, p.171).

As novas formas de contratação de trabalhadores não tem o respaldo da legislação trabalhista do país, CLT, obrigatória para acesso ao sistema previdenciário, portanto excluindo estes trabalhadores do acesso e suporte para as mais diversas necessidades naturais da vida, em relação à saúde/doença, aposentadoria, entre outras. O sistema de saúde acaba por ser a referência e fazer resistência a esta realidade do trabalho no Brasil, fundamentalmente através da Saúde do Trabalhador, área que expõe o drama das contingências do processo de saúde-doença dos trabalhadores (WÜNSCH e MENDES, 2011). A atenção integral à Saúde do Trabalhador é composta pela promoção, vigilância, tratamento, diagnóstico, recuperação e

evolução do que é saúde, pautada por um ideal a ser atingido, o qual para ser alcançado, bastaria a correta adaptação.

reabilitação, com prioridade para as medidas de alcance coletivo e de controle de riscos, situando-se portanto em uma matriz sócio-histórica de compreensão da realidade e de proposta de práticas profissionais.

As produções do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST), ao qual está vinculada a presente dissertação, explicitam a importância que a análise do contexto sócio-histórico, referenciada pela teoria social crítica, tem para compreensão da realidade da saúde do trabalhador. O materialismo-dialético-histórico contribui para “o desvendamento dos diferentes mecanismos de invisibilização dos processos sociais em curso que incidem sobre a saúde e o trabalho” (WÜNSCH e MENDES, 2011, p.165). Para as autoras a denominação saúde do trabalhador é carregada de contradições, referentes à relação capital-trabalho.

A compreensão dos processos saúde-doença também é atravessada pela dialética entre trabalho e capital. A dimensão da saúde implica a divisão social e técnica do trabalho. No sistema capitalista, a configuração do trabalho se direciona para o aumento da produção e do ritmo de trabalho, da qualificação profissional e da fragmentação do processo produtivo. O trabalhador torna-se empresário de si mesmo, inclusive quando empregado em uma instituição, ele individualmente é responsável pelo processo de trabalho (ALVES, 2013). Somam-se a isto outras características contemporâneas do contexto de trabalho, tais como a polivalência de funções, a precarização dos vínculos e o próprio desemprego estrutural. Esta reestruturação produtiva, conforme abordado anteriormente, modificou o perfil tanto dos trabalhadores quanto do trabalho. Tradicionalmente a atenção em saúde voltada aos trabalhadores baseava-se nos processos do trabalho formal, contudo, considerando as mudanças nas relações e organizações do trabalho, outras formas de atenção foram se constituindo, conforme representa o quadro abaixo, organizado por Mendes e Oliveira (1995 apud MENDES e WÜNSCH, 2011, p.467):

Quadro nº 01: Situando o desenvolvimento conceitual em saúde do trabalhador

Determinantes do Processo Saúde/Doença	Ação Principal	Caráter Principal da Ação	Ator Principal	Cenário	Papel do Usuário	Campo da Saúde
1. Biológico	Tratamento da doença	Técnico	Médico	Hospital	O usuário é o objeto	Medicina do Trabalho
2. Ambiental	Prevenção da doença	Técnico	Equipe	Ambulatório	Usuário e ambiente são objetos	Saúde ocupacional
3. Social	Promoção da saúde	Técnico/Político	Cidadão	Sociedade	Sujeito	Saúde do trabalhador

Fonte: Mendes e Oliveira (1995 apud MENDES e WÜNSCH, 2011, p.467).

As duas primeiras linhas conceituais têm “visões dicotomizadas”, não considerando o sujeito em sua integralidade, situado em um contexto sócio-histórico, econômico e cultural. A saúde do trabalhador inclui a proteção, a recuperação e a promoção da saúde não apenas aos trabalhadores, “mas ao conjunto deles” (MENDES e WÜNSCH, 2011, p.467).

Com relação ao contexto político da saúde do trabalhador no Brasil, Sato, Lacaz e Bernardo (2006) apontam que entre as décadas de 1930 e 1980 a assistência aos trabalhadores era responsabilidade das empresas e da Previdência Social e a regulamentação das condições trabalho exclusivamente do Ministério do Trabalho. Esta organização se transforma com a redemocratização do país, quando a saúde, pela primeira vez é considerada um direito social.

A abordagem da Saúde Coletiva incorpora a categoria trabalho e o conceito de processo de trabalho, fazendo crítica ao processo de industrialização característico dos países da América Latina, de efêmeros milagres econômicos e de nova divisão internacional de trabalho. Em um contexto que considera os saberes interdisciplinares “busca superar os limites epistemológicos da Medicina do Trabalho – Saúde Ocupacional” (SATO, LACAZ, BERNARDO, 2006, p. 282), possibilitando outras articulações teórico-prática entre organização e divisão do trabalho, gestão e saúde dos trabalhadores. Nesta perspectiva o trabalhador passa a ser considerado em seus saberes e vivências, capaz de transformar a realidade de seu trabalho mediante a participação e reivindicação de direitos.

As produções do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho, se aprofundam no campo de discussão sobre os processos de saúde-doença, com uma perspectiva de análise crítica, de orientação sócio-histórica sobre a construção dos conceitos de trabalho, saúde e saúde do trabalhador. O Núcleo faz importante contribuição investigativa e de produção teórica a respeito da situação da Saúde do Trabalhador nas regiões de fronteira do Brasil com os países do MERCOSUL, além de sediar o Centro de Colaborador em Saúde do Trabalhador no Contexto do Mercado Comum do Sul (COLSAT/MERCOSUL).

A pesquisa mais recente desenvolvida pelo NEST (MENDES, 2014) identificou que a política de saúde do trabalhador nas regiões de fronteira é a do Sistema Único de Saúde do Brasil, não aplicada aos outros países, por não haver acordo binacional ou trinacional para esta área. Parcela da população da Argentina e do Uruguai (países relacionados na pesquisa 2014), das regiões fronteiriças, utiliza o sistema de saúde brasileiro, porém a distribuição não é igualitária nas diferentes regiões do Brasil, sendo a recepção de estrangeiros nos serviços de saúde do SUS, diferente em cada região.

Outro fato evidenciado na pesquisa é que a maioria dos trabalhadores destas regiões realiza trabalho rural e, embora os Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

das diferentes regiões identifiquem agravos e doenças relacionadas ao trabalho, existe subnotificação no território brasileiro, por parte dos outros serviços da rede do Sistema Único de Saúde, a respeito das doenças ou agravos relacionados à situação de trabalho, sendo esta uma realidade não exclusiva dos municípios fronteiriços do país. Conforme o resultado da pesquisa (MENDES, 2014), a maioria das notificações realizadas são relativas ao número de mortes e de acidentes de trabalho. Doenças relacionadas com o trabalho e outros agravos como o adoecimento, por exemplo doenças cardíacas e mentais, e as doenças crônico-degenerativas, ficam subnotificadas, uma vez que os dados não correspondem nem apresentam confiabilidade.

Esta situação está presente nas regiões fronteiriças, porém vale ressaltar que não se restringe apenas a elas e é apontada nas considerações que o relatório de pesquisa traz, como sendo um desafio central, pois apresenta a falta de diálogo entre os diferentes sistemas, não apenas entre os diferentes serviços da saúde, mas falta de diálogo também com os setores da previdência e do trabalho, não permitindo que a vigilância em saúde do trabalhador tenha impacto “no que e em quem está produzindo o adoecimento e as mortes relacionadas ao trabalho” (MENDES, 2014, p.60). Na perspectiva utilizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho, vigilância é a integralidade da atenção à saúde do trabalhador, “deve ser de forma continuada e em rede, não apenas como ações de vigilância, mas como processo, que se antecipa e previne danos, mudando processos de trabalho, prestando assistência integral, sendo esse um processo permeado pela participação social” (MENDES, 2014, p.61). O trabalho é compreendido como possibilidade de saúde, sendo que para que não se torne fonte de doenças deve ser objeto de análise e de práticas que favoreçam a promoção e prevenção em saúde.

3.3 Saúde do trabalhador na atenção básica

Na atenção básica em saúde, existem “evidências sobre o desenvolvimento de ações consideradas de ‘Saúde do Trabalhador’ no âmbito da APS [Atenção Primária à Saúde], anteriores a 1990” (DIAS, 2010, p.35), porém é a partir do SUS que são identificados processos institucionais para apoiar o trabalho e capacitar os profissionais. As publicações mais recentes do Ministério da Saúde (CUNHA, 2010) tratam Atenção Primária ou Atenção Básica em saúde como sinônimos, não fazendo discussão conceitual sobre os termos “primária” e “básica”. Apontam que a eficácia desta atenção é ligada à capacidade político institucional das equipes dirigentes organizarem o sistema em rede.

A atenção primária é um conjunto de funções combinadas,

[...] é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar por terceiros. [...] A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002, p.28).

A atenção básica não tem atividades clínicas exclusivas, aborda as questões daquela comunidade em que está inserida. A atenção primária em saúde é caracterizada por oferecer aos pacientes acesso direto, lida com problemas gerais, menos definidos, diferentemente da atenção secundária, que atende por consulta de curta duração e da atenção terciária que faz manejo da enfermidade por longo prazo. A atenção básica é menos intensiva e menos hierárquica em sua organização e por isto mais capaz de atender as necessidades sociais. Os profissionais que trabalham na atenção primária estão mais próximos da vida cotidiana dos pacientes, neste sentido tem mais condições de incluir em suas avaliações o “papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e saúde” (STARFIELD, 2002, p.29).

Os desafios para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na atenção básica, conforme Dias (2010) se referem a três eixos de atuação: 1) Promoção da Saúde, no sentido do reconhecimento de que o trabalho é uma oportunidade de saúde e os adoecimentos não são inerentes a ele, mas sim a forma de inserção no trabalho. 2) Proteção e Vigilância da Saúde, no reconhecimento de perigos para antecipar e prevenir danos e modificar processos de trabalho danosos. 3) Assistência à Saúde, conhecimento das atividades e do perfil dos trabalhadores, para planejar vigilância e assistência, e se necessário estabelecer as relações entre o adoecimento e o trabalho.

A saúde do trabalhador na atenção básica vai ao encontro do priorizado na construção do SUS, pela garantia de atenção integral à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras e da participação destes na rotina desta assistência. Ademais, a atenção básica em saúde tem alcance inigualável sobre a realidade de trabalhadores e trabalhadoras, em função de seu acesso à rotina destes sujeitos, tendo potencialmente capacidade de identificar usuários do sistema único de saúde que estejam em condições de trabalho informal, irregular ou até mesmos ilegal, como trabalho escravo. A atenção básica em saúde pode contribuir com a vigilância em saúde do

trabalhador na perspectiva de gerar uma cobertura universal dos trabalhadores de cada território, produzindo informações acerca das condições de vida e saúde destes sujeitos “além de acessar as mudanças no perfil de adoecimento dos trabalhadores e ter potencial de fomento à organização dos trabalhadores, principalmente daqueles informais” (MENDES, 2014, p. 60).

Como resultado das discussões feitas na 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, o sub-eixo 3 “Efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo”, elencou e foram aprovadas em plenária final propostas que referem a Saúde do Trabalhador na Atenção Básica. Dentre diversas propostas relacionadas, aqui são elencadas algumas:

3.11 Implantar por meio do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais, instrumentos que dêem publicidade e orientem os trabalhadores sobre seus direitos e deveres na saúde do(a) trabalhador(a), para que saibam como proceder nas diversas situações que os envolvem, garantindo assim o acesso aos seus direitos com intuito de prevenir as doenças e agravos relacionados ao trabalho, bem como os riscos de doenças comuns, com a reestruturação da atenção básica e demais órgãos institucionais (CNS, 2014, p.7).

3.28 Estabelecer mecanismos de mapeamento dos territórios a partir da atenção primária para identificação dos ramos produtivos a fim de reconhecer as modalidades de trabalho na área de abrangência, os graus de risco e informações afins para estabelecer a relação trabalho-saúde-doença, levantando-se também a quantidade dos(as) trabalhadores(as) para um perfil real, os indicadores de riscos envolvidos em saúde do(a) trabalhador(a), buscando a integração entre os órgãos (Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego, da Previdência, Receita Federal e Estadual) com a participação dos sindicatos. Divulgar tais indicadores para a construção de sistema de vigilância e de acompanhamento sobre os agravos à saúde do(a) trabalhador(a) e meio ambiente (CNS, 2014, p.9).

3.36 Adotar a relação saúde/trabalho como premissa diagnóstica em toda a rede de atenção à saúde, em todos os níveis de complexidade, criando e implementando protocolos de identificação de agravos relacionados à saúde dos(as) trabalhadores(as) (CNS, 2014, p.10)

3.66 Flexibilizar o horário de atendimento aos trabalhadores nas Unidades de Saúde garantindo a integração e articulação das vigilâncias com a APS, de forma a garantir o acesso dos trabalhadores e trabalhadoras às Unidades de Saúde (CNS, 2014, p.13).

Estas propostas apontam para o fortalecimento do papel da Atenção Básica em Saúde para irradiação da Saúde do Trabalhador em todo território, e apontam também para a garantia de que o que está preconizado pelas diferentes legislações da área seja de fato executado. Com relação ao papel dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, uma das propostas da Conferência direciona as ações dos Centros para: “**3.64** Integrar e fortalecer a relação entre CEREST e ESF [Estratégia de Saúde da Família] com ênfase no(a) trabalhador(a) para promoção de educação em saúde dentro da comunidade” (CNS, 2014, p.13), afirmando a necessidade das equipes dos CEREST realizarem ações em conjunto com equipes de outros

serviços, se aproximando da população na atenção básica especialmente pela educação em saúde.

A 4ª Conferência validou muitas propostas voltadas à Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, atualizando como meta para os próximos anos o fortalecimento e ampliação das ações deste segmento da saúde. Desta forma é possível reafirmar não apenas através da literatura da área, mas também a partir da visão que a população oficializou nesta instância do controle social, a Conferência, que a Saúde do Trabalhador na Atenção Básica ainda é um campo relevante e que necessita atenção e investigações/ pesquisas para sua constante qualificação, aprimoramento e para que atinja os reais objetivos que tem, garantir saúde à toda população trabalhadora.

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

A escolha pelo caminho metodológico seguido em uma pesquisa é também um posicionamento político. Político no sentido de por em ação uma posição (teórica). A definição de um método é uma tomada de posição que diz de ações, concepções e intenções enquanto sujeitos pesquisadores. Existem intenções ao se fazer ciência. Afirmação esta que contraria alguns paradigmas defensores de uma “neutralidade” científica, a qual elevaria o conhecimento científico a um nível separado e superior dos demais conhecimentos construídos pelos homens.

Conforme Minayo (2012) o campo científico é permeado de contradições e não pode ser reduzido a uma única forma determinada de conhecer. O campo científico da pesquisa social, a autora aponta, precisa tratar das questões ou da realidade não descaracterizando os fenômenos e processos sociais. “A cientificidade, portanto, tem que ser pensada como uma ideia reguladora de alta abstração e não como sinônimo de modelos e normas a serem seguidos” (MINAYO, 2012, p.11).

A definição metodológica, ou posicionamento teórico-metodológico, diz a partir de onde se pretende agir na prática da pesquisa, a partir de quais referenciais teóricos se compreende os sujeitos envolvidos e o modo como é considerada sua participação neste processo científico que leva à construção de conhecimento. A definição que se toma por este ou aquele caminho para realização de uma pesquisa diz da ética que atravessa o pesquisador e da noção de sujeito que este leva em conta.

Considerar o efeito e a construção que os outros, os tais sujeitos envolvidos na pesquisa, fazem sobre a experiência do pesquisar e do ser pesquisado não é por si só uma ruptura com determinada lógica asséptica de isolamento de “variáveis”. Considerar o outro implica em desocupar o lugar de saber/poder e distribuir ele aos envolvidos na relação, abrindo a possibilidade conjunta de saber e de aprender.

Para que se produzam pesquisas com sentido é preciso que as pesquisas façam sentido para quem as compõem, tanto para os pesquisadores quanto para os outros participantes. Para fazer sentido é necessário que sejam considerados os diferentes sujeitos envolvidos neste processo. Com esta perspectiva deu-se a construção do presente estudo, tomando por referência a experiência histórica das pesquisas realizadas pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho e o contexto atual da área, objeto desta pesquisa.

4.1 Entrando no campo

Considerando as especificidades do campo da saúde e a peculiaridade da pesquisa social, ficou definida a abordagem qualitativa para a realização da pesquisa, como possibilidade de estabelecer as mediações entre as diferentes instâncias envolvidas na execução da saúde do trabalhador.

O desenho da pesquisa delineou-se com a perspectiva apontada por Minayo (2012), teve como primeira etapa a fase exploratória, composta pela elaboração do projeto de pesquisa e pela realização de procedimentos exploratórios para escolha do espaço e da amostra qualitativa. Considerando o conhecimento científico em seu caráter aproximado, provisório, vinculado à vida real e historicamente condicionado, entrar no campo a partir da fase exploratória significa realizar uma construção, que considerará os sujeitos envolvidos com o tema pesquisado na própria elaboração do roteiro e dos pontos a serem investigados na pesquisa (MINAYO, 2012).

Neste sentido, realizou-se uma visita exploratória, a um dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) do Rio Grande do Sul. A visita foi precedida de contato pessoal feito pela professora orientadora desta pesquisa junto à coordenadora do CEREST. Posteriormente foi feito, pela pesquisadora, contato por e-mail, endereçado ao Conselho Gestor daquele CEREST e contato eletrônico, que tinha por objetivo explicar a intenção em realizar um encontro, de caráter exploratório, com o grupo de conselheiros do Conselho Gestor, para investigar as necessidades de pesquisa com relação ao tema do controle social e da atenção à saúde do trabalhador. Após o aceite do Conselho Gestor foi agendada participação na plenária do Conselho Gestor de novembro de 2013.

Na oportunidade da visita de caráter exploratório, participaram 13 conselheiros do Conselho Gestor e 2 participantes da equipe de pesquisa (a pesquisadora, autora deste estudo e uma bolsista de iniciação científica do NEST). A equipe de pesquisa foi convidada a participar como visitante da plenária do Conselho Gestor. A proposta de apresentação do estudo exploratório foi incluída como uma pauta da plenária. No momento em que a pauta foi chamada, foi explicada a intenção de planejamento de futura pesquisa, a partir dos dados achados na pesquisa anterior, da qual este CEREST havia participado. Também foi explicitada a intenção de realizar um estudo de caráter exploratório no encontro daquele dia. Os conselheiros consentiram em participar. A partir de então foi proposto um debate sobre o tema do controle social na Atenção à Saúde do Trabalhador, junto ao grupo de conselheiros do Conselho Gestor (CG). O debate não teve roteiro, apenas o tema norteou o ponto de partida da discussão. Verificou-se, a partir das falas dos participantes, a dificuldade que eles referiram ter para

diferenciar as atividades e responsabilidades nas instâncias de gestão do controle social, entre eles e a dos conselheiros municipais de saúde – posto que também é ocupado por vários dos conselheiros daquele Conselho Gestor.

Outra questão apontada pelos conselheiros foi a dificuldade em identificar e descrever a relação que os conselheiros deste Conselho Gestor têm com o próprio gestor do município, ou o gestor da macrorregião. Este último item, apontou para outro aspecto que parecia não estar claramente definido. Aparentemente algo sobre o qual não haviam sido feitas as reflexões necessárias e talvez por isto ainda não estivesse “incorporado” na rotina destes conselheiros. Conforme registro do diário de campo, este fato chamou a atenção e provocou alguns questionamentos na equipe de pesquisa, que se reuniu após a realização da visita (esta reunião contou com a presença da orientadora da pesquisa, mestranda, duas professoras da universidade e duas bolsistas de iniciação científica). A partir do relato do encontro as questões levantadas foram: por que os conselheiros não sabiam dizer da relação que tinham com o gestor? O que os fez se perguntarem quem eram os gestores e se não eram eles mesmos os próprios gestores? Que identificação fazem da relação que eles, Conselho Gestor, tem com os gestores dos CEREST? A partir das reflexões teóricas iniciais, da discussão coletiva realizada após a visita exploratória e das questões levantadas nestes diferentes momentos é que foram delineados a questão problema e os objetivos deste estudo.

4.2 Delimitando o objeto

Partindo do panorama nacional do Controle Social e da Saúde do Trabalhador, pretende-se esclarecer aqui que o estudo realizado por esta pesquisa de mestrado definiu como campo de coleta de dados um dos serviços que implementam a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Foram selecionados dois CEREST, de duas regionais do Rio Grande do Sul. Estes serviços foram escolhidos tendo em vista a inclusão desta pesquisa de mestrado como parte da pesquisa maior do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho “*Saúde do trabalhador e proteção social: desafios para a efetivação do direito à saúde na atenção básica*” (MENDES, 2011). A proposta foi complementar ao estudo realizado, a partir de pontos identificados durante a sua realização. Com esta perspectiva, deu-se continuidade a investigação com os sujeitos já delineados pela pesquisa do Núcleo, caracterizando-se como continuação da pesquisa aprovada, número de

protocolo 2011021, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Também a definição por estes dois CEREST, se deu pela proximidade física e facilidade de acesso da pesquisadora aos locais. Um dos Centros atendeu aos primeiros contatos feitos, foi enviado o projeto de pesquisa autorizado pela Banca de Qualificação da Universidade, para conhecimento do CEREST, porém o serviço não deu retorno sobre a possibilidade da pesquisa ser realizada nele. Foram feitas inúmeras tentativas posteriores de contato sem sucesso. As faltas de retorno sobre os contatos feitos foram interpretadas como impossibilidade, naquele momento, do serviço participar da pesquisa. Em função deste campo ter composto a mostra da pesquisa maior do NEST, também foi possível compreender que o serviço estava ocupado com questões internas, o que pode ter contribuído para indisponibilidade de reabertura como campo a ser estudado. O outro Centro de Referência em Saúde do Trabalhador contatado respondeu de imediato indicando a possibilidade de realização da pesquisa, inicialmente a partir da autorização da comissão de educação permanente do local, cujo procedimento foi realizado e tendo como resultado positivo a permissão para aplicação da pesquisa. Assim, a caracterização do campo por um Conselho Gestor de um CEREST delinea a pesquisa realizada como um estudo de caso. Conforme Triviños (1987), o estudo de caso é um dos tipos de pesquisa qualitativa mais relevantes. É caracterizado como “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma *unidade* que se analisa profundamente (TRIVIÑOS, 1987, p.133 [grifo do autor]). O estudo realizado nesta pesquisa pode ser definido como de “análise situacional” (p.136), realizado quando se pretende estudar eventos específicos de uma organização.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador pesquisado foi implantado em 2000 a partir de convênio entre o governo do Estado do Rio Grande do Sul e o município sede. Ele integra a Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (RENAST), desde a Portaria nº 48, de 31 de dezembro de 2007. Abrange 49 municípios, totalizando 1.075.250 habitantes beneficiados. Com uma coordenadora e equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, fonoaudióloga, fisioterapeuta, técnico de segurança do trabalho e bióloga, o Centro se organiza em núcleos de atuação como vigilância, assistência, educação/informação e pesquisa, sendo as ações desenvolvidas nos municípios de abrangência: visitas técnicas aos locais de trabalho; ações educativas em segurança/ medicina do trabalho e para instrumentalizar equipes de profissionais da saúde e educação; ações de promoção a saúde do trabalhador integradas com outros setores e instituições; apoio técnico em saúde do trabalhador; compilação e análise de dados epidemiológicos e convênios de cooperação técnica com órgãos de ensino, pesquisa e outras instituições relacionadas.

O CEREST pesquisado também conta com um Conselho Gestor, do qual a coordenadora do CEREST faz parte. O Conselho Gestor é formado paritariamente, assim como os Conselhos de Saúde, sendo 50% usuários, 25% profissionais da saúde e 25% gestores e prestadores de serviço. Os conselheiros do CEREST em questão, tem como representantes dos trabalhadores de saúde profissionais de diferentes municípios da macrorregião, médicos, enfermeiros, psicólogos, odontólogos. Alguns deles representando conselhos de classes profissionais. Entre os gestores, profissionais de diferentes secretarias de saúde. Representando os usuários fazem parte instituições como, sindicatos de servidores dos municípios e Estado, sindicato de metalúrgicos de municípios, associações de produtores rurais, sindicatos dos rodoviários de municípios.

4.3 Estudo de caso: definindo técnicas, instrumentos e métodos de análise

Para atingir os objetivos, entendeu-se como necessária a utilização de diferentes técnicas, tendo em vista a complexidade do campo escolhido. As técnicas e os instrumentos definidos levaram em consideração o material trazido pelos conselheiros do Conselho Gestor do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador visitado. Foi realizada aprofundada pesquisa bibliográfica sobre a temática do controle social, da gestão, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da saúde do trabalhador na Atenção Básica. Além disto, foi utilizada a pesquisa documental, composta por leis, diretrizes e recomendações das políticas do SUS e de Saúde do Trabalhador, documentos oficiais e relatórios de Conferências.

O critério de escolha do Conselho Gestor participante foi intencional, respeitando a proximidade geográfica, a fim de possibilitar a realização da pesquisa em tempo hábil, pactuando com as exigências temporais do curso de Mestrado, em acordo com as regras do PPGPSI/UFRGS.

Foi realizado um encontro com o respectivo grupo de conselheiros do Conselho Gestor deste CEREST, orientado por um roteiro de questões norteadoras, que facilitaram a discussão focada. O encontro ocorreu na perspectiva de grupo focal. Os grupos focais são compostos por um “animador”, um “relator” (MINAYO, 2012, p. 68). O animador é responsável por focalizar o tema da discussão, incentivar a participação de todos de forma igualitária, sem permitir que uma ou poucas pessoas monopolizem o espaço de fala e procura promover o aprofundamento do debate. O relator auxilia nas tarefas do animador e registra o processo interativo e criativo. Animador e relator precisam estar focados no objetivo do encontro.

Nesta pesquisa, o grupo participante foi composto pela totalidade de conselheiros presentes no dia da reunião, 26 pessoas. Neto, Moreira e Sucena (2002) apontam sobre a coleta de dados qualitativos para pesquisa social, a técnica do grupo focal não tem delimitações rígidas com relação ao número de encontros a serem realizados. Segundo estes autores, para essa coleta o que se pretende com os grupos focais é o esgotamento do tema em debate. Portanto, o número de encontros pode ser maior do que um, caso o pesquisador entenda como necessário. Para este estudo foi realizado um encontro de grupo focal.

Assim como alerta Minayo (2012), foram utilizados instrumentos para registro da fala dos participantes, a partir do consentimento dos sujeitos do estudo. A gravação foi o principal recurso utilizado, além de registros em diário de campo realizados pela equipe de pesquisa. Também foi incluída a observação participante como técnica de coleta de dados nas plenárias dos Conselhos. Para Minayo (2012) o observador participante se coloca atento e, na medida em que convive com o grupo, pode fazer apontamentos ou questões. A observação do pesquisador como participante tem finalidade científica, o observador,

[...] fica em relação direta com seus interlocutores, no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente (MINAYO, 2012, p. 70).

O pesquisador participante utiliza como instrumento de trabalho de observação o diário de campo, nele são escritos tudo o que não faz parte dos materiais formais da pesquisa, é escrito de forma livre, pode conter descrição da atividade e impressões subjetivas das situações.

Tanto as gravações das entrevistas – transcritas – e os registros do diário de campo foram abordados através do auxílio da técnica de análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (1977). O roteiro de entrevista foi planejado a partir dos objetivos da pesquisa, os quais se originaram do encontro que fez parte da fase exploratória da pesquisa. Para sistematização, algumas das categorias elencadas para análise dos dados foram organizadas a partir da fase exploratória do estudo e as demais, a partir do grupo focal realizado. A análise dos dados compõe um processo, não é feita em um único momento da pesquisa, mas a acompanha em todos os momentos de relação com o campo estudado. Para Triviños (1987, p.137),

Temos expressado reiteradamente que o processo da pesquisa qualitativa não admite visões isoladas, parceladas, estanques. Ela se desenvolve em interação dinâmica retroalimentando-se, reformulando-se constantemente, de maneira que, por exemplo,

a Coleta de Dados num instante deixa de ser tal e é Análise de Dados, e esta, em seguida, é veículo para nova busca de informações.

Outra questão pensada pela pesquisadora deste estudo, além de sua entrada no campo, e do cuidado com os dados coletados, foi pensar sobre a saída do campo. Neste sentido foi proposto um retorno sobre os achados finais da pesquisa, tendo sempre a clareza de que em um processo de pesquisa, tanto pesquisador quanto os participantes buscam mutuamente compreender a realidade de forma a transcender o senso comum (MINAYO, 2012). Como proposta de compartilhamento dos resultados com os sujeitos do estudo e considerando a disponibilidade orçamentária e de deslocamentos, foi acordado com os participantes da pesquisa que seria feito a elaboração e envio de um documento no formato de informativo ao Conselho Gestor, além da publicação dos resultados em formato de artigo científico.

Quanto às questões referentes à Ética na Pesquisa e, considerando que o estudo fez parte da pesquisa maior indicada inicialmente, a mesma seguiu os ordenamentos e orientações aprovados para a linha de pesquisa. Todos os entrevistados foram informados dos objetivos da pesquisa e lhes foi solicitada autorização para o uso das informações. Foi garantido o direito de recusa a participação, bem como o direito de, mesmo depois de autorizado o uso destas informações, solicitar sua retirada sem prejuízo algum aos entrevistados. A todos foi fornecido o nome e localização de trabalho do pesquisador, e um número de telefone para contatos, caso ocorresse necessidade de maiores informações, mesmo após a entrevista ser concedida. O uso de gravadores também teve prévia autorização destes sujeitos. Nessa mesma perspectiva, a ética e a transparência também pautaram o intercâmbio de informações com os órgãos e instituições participantes. A pesquisa norteou-se teórica e metodologicamente, por princípios e valores éticos, fundamentados no compromisso social, nos direitos humanos, na liberdade, na luta pela ampliação da cidadania, na defesa da democracia e pela justiça social.

5 RESULTADOS: O CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

5.1 Conselho Gestor: Que lugar é este?

Os conselheiros do Conselho Gestor ingressam sem necessariamente serem informados pelos colegas, ou capacitados, sobre o local e a função que vem exercer. No dia da entrevista haviam alguns conselheiros que estavam presentes pela primeira vez.

Conselheira – eu acho importante observar que tem muitas pessoas aqui que vão começar hoje a participar do Conselho Gestor, então tu vais conseguir retorno para essa questão daqueles que já estavam anteriormente. Tem uns que não tem uma experiência, não tendo uma caminhada? Pesquisadora – Mas ai estes chegaram aqui tendo antes uma previa do que viriam fazer aqui? Ou chegam aqui sem isso? Conselheira – vai ser hoje. Outra conselheira – de alguma forma as pessoas tem noção do que é controle social, do que é ser conselheiro. As pessoas estão aqui sabendo o que é controle social, o que é conselho. Talvez não saibam como funciona o CEREST, não sabem o que é ser conselheiro deste CEREST. Mas enfim, já tem essa bagagem de Controle Social que acho que isso vai poder contribuir (p.2).

Embora estivesse contemplado na pauta da Plenária daquele mesmo dia da entrevista, a apresentação do Conselho Gestor, é possível pensar que apresentação não é o mesmo que capacitação, bem como não se torna viável a cada reunião em que ingressam novos conselheiros do Conselho Gestor, oferecer capacitação. Também é possível considerar que muitas vezes o representante poderia ser capacitado ou ao menos informado por sua própria entidade, a qual representa, porém muitas vezes ocorre que os conselheiros são enviados a reunião sem ter recebido as informações e a capacitação necessária de sua própria entidade representada. Porém ao mesmo tempo é necessário considerar que a esta realidade interfere diretamente no que se apresenta na continuidade da entrevista, de que os conselheiros em sua maioria, não estão apropriados da função de gestor, que lhes compete em um Conselho Gestor.

Os conselheiros do Conselho Gestor pesquisado, em muitos momentos demonstram misturar tanto o seu papel como conselheiros gestores com outras funções como conselheiros municipais ou estaduais de saúde, ou com a função genérica de controle social, quanto também demonstraram confundir o próprio Conselho Gestor com outros locais, como a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) e a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Eu estou aqui como representante do conselho [da minha profissão] e dentro da minha jornada como profissional e também no passado como conselheira estadual,

representando as pessoas portadoras de deficiência, de todo Estado, antigamente. Aqui a minha luta continua desde então e tanto que a questão principal é a inclusão de assistência a saúde [...] de deficientes (p.2).

Neste trecho a conselheira considera que sua função no Conselho Gestor tem igualdade com a que exercia no Conselho Estadual de Saúde, defendendo assistência em saúde de uma área específica. Alguns conselheiros explicitam sua posição de recém chegado ao Conselho Gestor, e que por isto não tem conhecimento sobre esta instância: *“Eu acho que são instâncias, embora conselhos, tem sim uma linha de condução diferente [...] e na diferença do Conselho Gestor, que daí eu não teria tanto para falar porque tô chegando agora”* (p.4). Alguns conselheiros do Conselho Gestor arriscam explicar a diferença, demonstrando também apropriação restrita.

Os conselheiros apresentam ambiguidade quanto a compreensão das diferenças entre dois conselhos, o Conselho Gestor e o Municipal de Saúde: *“Muitas vezes se confunde muito com a questão do conselho municipal de saúde, que são questões bem diferentes né?”* (p.3), eles afirmam e ao mesmo tempo perguntam, necessitando de uma resposta de fora para confirmar sua hipótese. *“Saúde, saúde interessa a todos, saúde não tem categoria”* (p.3), ao mesmo tempo em que esta fala aponta para a complexidade do conceito de saúde e para a compreensão deste conceito de forma ampliada, no contexto da questão colocada durante a entrevista, este discurso também remete a uma indiferenciação do lugar de gestão que tem este Conselho Gestor de um serviço da Saúde do Trabalhador.

Também podemos perceber em outra fala que o lugar do trabalhador, a quem se destina a Saúde do Trabalhador e o foco principal deste conselho, fica de fora: *“eu [...] represento o trabalhador e a trabalhadora. Então dentre dessa visão assim, eu acho importantíssimo também levar a essa população maiores informações básicas, muito básicas, para que se possa proporcionar a eles qualidade de saúde [...]. Qualidade de vida”* (p.2). A conselheira refere a si mesma como trabalhadora, o que representa seu segmento dentro destes conselho. Quando refere que deve levar informações para *“essa população”*, não especifica qual. Pode-se especular que se trata de qualquer população carente de informações, ou especificamente os deficientes, citados por ela anteriormente. A falta de especificação demonstra que não há referencia aos trabalhadores, público principal da política. O exemplo citado é um dentre outros que sucederam na entrevista, os quais permitem afirmar que parte do grupo que forma o Conselho Gestor, não tem presente ainda em seu discurso a especificidade do seu público foco, o trabalhador.

Alguns conselheiros tem presente a dimensão da Saúde do Trabalhador, mas entendem que a diferença entre o Conselho Municipal/Estadual de Saúde e o Conselho Gestor, estaria no fato de que apenas na Saúde do Trabalhador deve-se buscar a prevenção. Referem que ficar atento à doença seria propriedade do Conselho Municipal/Estadual de Saúde e, que promoção de saúde ou prevenção de doenças, este sim seria o papel do Conselho Gestor do CEREST:

Eu até já participei do Conselho Municipal de Saúde, normalmente se trata mais lá, embora seja Conselho Municipal de Saúde, se trata muito de doença, questão da assistência, essa coisa toda. E esse conselho tem um outro foco, ele tem que visualizar ações em N áreas em saúde do trabalhador. Eu vou promover saúde (p.4).

Parte dos entrevistados trouxeram pensamento de que a diferença seria marcada pelo território que abrange: *“Tem caráter mais macro, na saúde e foco na saúde do trabalhador porque ele tem, também agrega outras regiões, outros municípios que daí traz as suas peculiaridades, assim de cada região”* (p.4), ideia que explicita compreensão de que apenas na Saúde do Trabalhador se inclui região territorial mais ampla. O foco do conselho municipal de saúde seria a fiscalização: *“em termos de conselho municipal de saúde, eles batem muito nessa questão de fiscalizar, de buscar o erro”* (p.4), e um lugar de atritos: *“mas o que a gente vê muitas vezes é o atrito e muitos aqui também são conhecedores, que em reuniões de conselho municipal até cadeirada andaram se dando (risadas) então a coisa pega fogo”* (p.4). Em muitas falas apareceu a definição do Conselho Gestor também como uma instância de fiscalização e não foram explicitados atritos ou outros problemas que acontecem internamente a este Conselho Gestor. De forma geral, é possível apontar que existem equívocos na interpretação do que seria papel de um Conselho Municipal ou Estadual de Saúde, bem como existem equívocos sobre a Saúde do Trabalhador. Os princípios e diretrizes de cada um destes conselhos são os mesmos, baseados naquilo que preconiza o Sistema Único de Saúde, integralidade do cuidado, universalidade do acesso, além de participação da comunidade. Sendo a diferença entre estes da ordem do foco no tema do trabalho – as especificidades da demanda do público trabalhador e do acompanhamento dos locais de trabalho – e do lugar de gestão do serviço de assistência aos trabalhadores, o CEREST, ocupado pelos conselheiros. Entretanto estas diferenças não são automaticamente assimiladas em virtude de alguns pontos que serão apontados a seguir.

5.2 Atenção Básica e Saúde do Trabalhador: possibilidades de atuação e desafios para discussão

O Conselho Gestor, assim como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, não foca apenas na Atenção Básica, o que aparece no conteúdo da entrevista:

Acontece que aqui nosso trabalho é um pouco mais amplo do que só atenção básica. A atenção básica é um dos nossos focos mas não é único, tem outros níveis de ação, alguns vão para dentro do ambiente de trabalho, outras até exercendo um papel de referência, ou seja já é um nível mais de retaguarda (p.3).

Apesar desta ressalva, a referência à Atenção Básica surgiu na fala dos conselheiros, não necessariamente citada como tal, mas relacionada ao campo de atuação, como promoção e prevenção de saúde:

São pensadas assim várias ações de prevenção para melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores, seja na atenção básica ou naquela empresa através dessa ação de fiscalização, que não pode fazer isso, tem que corrigir aqui, não só fiscalização mas também é pensado a questão de prevenção, o que pode ser feito para melhorar a vida do trabalhador (p.4).

Então eu to trazendo aqui uma questão ligada a um segmento [...], a fim de estabelecer o princípio básico da prevenção que é o atendimento primário (p.3).

A gente percebe um pouquinho de dificuldade de ações em saúde do trabalhador na atenção básica ou mesmo nos municípios porque hoje a Vigilância em Saúde do Trabalhador de cada município não recebe uma verba específica para realizar Saúde do Trabalhador (p.5).

Nosso maior desafio [...] é poder capacitar a Atenção Básica (p.8).

O discurso de referência à necessidade de promoção e prevenção em saúde esteve marcadamente presente na entrevista. Em alguns momentos essa necessidade de promoção e prevenção em saúde foi marcada como sendo o significado de gestão e em outros como sendo a função de um conselho na área da Saúde do Trabalhador, como referenciado em outros tópicos desta análise de dados.

É possível pensar que a presença deste discurso esteja entrelaçada ao próprio foco que tem as políticas executadas pelo Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde prioriza este nível de assistência e a Atenção Básica em saúde é um dos níveis menos requisitados para apropriação de empresas que visam o lucro na área da saúde, sendo que estas voltam-se principalmente para os hospitais, os quais ainda são um nó para o SUS (MENDES et al., 2011).

Embora esteja em evidência, conforme o preconizado pela política de saúde, a Atenção Básica tem uma dificuldade histórica, conforme já apontado pelas demais pesquisas do Núcleo de Pesquisa da presente dissertação, em notificar os acidentes de trabalho. Na entrevista realizada este dado foi reforçado pelos conselheiros. Para eles na rede básica de saúde os profissionais de saúde não associam as queixas do usuário como sendo uma consequência do trabalho. Uma das conselheiras cita: “*na atenção básica não ocorre isso, esse relacionamento com o local, a origem*” (p.8) do sofrimento ou do acidente de trabalho.

Assim como não há associação dos adoecimentos/ sofrimentos/ acidentes com o trabalho, conforme os dados já reconhecidos do país e reafirmado pelos conselheiros, o grupo também evidenciou no conteúdo de sua fala outra questão de base: a ausência da relação do empregador nos fóruns de discussão das questões de saúde. Há dificuldade do empregador participar de fóruns de debate, como são os conselhos ou outros espaços de controle social. O Conselho Gestor identifica como uma das principais dificuldades a ser ainda enfrentada pela área da saúde, de forma geral. Um dos pontos levantados pelos entrevistados foi a diferença de como o campo Trabalho/ Trabalhador é tratado dentro da Saúde (Ministério da Saúde/ Sistema Único de Saúde) e do Ministério do Trabalho.

No Ministério do Trabalho referem que o formato tripartite, de empregados, empregadores e Estado acaba fortalecendo os empresários, que naturalmente são tratados como aliados do governo. Já no Sistema Único de Saúde o formato paritário de metade usuários e “*metade o resto*”(p.7) afasta os empregadores.

O formato tripartite bate com a teoria de que uma turma é representante do empregado, outra turma do empregador e uma terceira turma dos governos, entre aspas que mediarão, partindo de uma teoria que é bem polêmica que é se esses governos de fato são uma terceira força ou se eles estão aliados a uma das outras [...]. Qual é o problema do SUS? Organizaram de uma outra forma: é metade dos usuários e a outra metade é de todo resto, gestor, representante de profissional de saúde, representante de prestador de serviço, as vezes até difícil da gente saber se a pessoa tá dum lado ou tá do outro [...]. Mas o que eu enxergo com clareza é que nas estruturas de saúde do trabalhador a gente não tem a presença de quem é empregador. E aí você não tem o compromisso desse setor e isso não ocorre em lugar nenhum. Na prática é sumariamente ignorado [...]. A polêmica que tá na vida real ela não vem aqui pra dentro. Aqui tem dois setores, o terceiro que é o dono do capital não tá aqui (p.8).

A questão levantada pelo Conselho Gestor é de que os empresários não suportam ter de dividir seu poder igualitariamente com outros atores, como os usuários e os trabalhadores da saúde, portanto ocupam espaços em que podem fazer suas propostas serem concretizadas sem interferência ou resistência destes sujeitos, como a Comissão Intersetorial de Saúde do

Trabalhador (CIST). Porém não está claro para os próprios conselheiros se na saúde o segmento do qual os empresários fariam parte seria, mesmo que contraditoriamente, o segmento dos usuários – tendo em vista que não são profissionais da saúde, nem prestadores de serviço, tampouco gestores. O debate em torno desta questão que não se esclareceu no dia da entrevista, evidencia que independentemente do segmento que lhes seria cabido, os empregadores não participam de fóruns paritários. Gomes (2003), Lacaz e Flório (2009), Raichelis (2011), realizam importante aprofundamento sobre o espaço deliberativo dos conselhos de políticas públicas, conforme já apontado. Os resultados de pesquisa de Côrtes (2010) igualmente já trabalhados no primeiro capítulo desta dissertação, fez com que a autora discutisse a ocupação destes outros fóruns, o que diminui a participação de alguns segmentos em espaços como os conselhos.

5.3 Da Idade Média atualizada: relações de propriedade, ou “puxando a brasa para o seu assado”

Em alguns momentos os conselheiros pesquisados demonstram não se enxergar como gestores, colocando a função de gestor externa a si, propriedade de outros, daqueles que representam os órgãos governamentais, como o secretário de saúde, o prefeito ou outros. Isto fica claro quando uma conselheira refere que é importante receber capacitação sobre a função de conselheiro para que possam se expressar melhor diante dos gestores, para fazer pressão neles. O gestor é o outro, representante do governo que deve receber pressão.

No que diz respeito às relações estabelecidas entre o Conselho Gestor do CEREST e os gestores do município, pode-se inferir que há dificuldade no estabelecimento da relação, os conselheiros consideram que é difícil “*saber lidar com o gestor*” (p.4) inclusive porque os conselheiros podem sofrer punições, como afastamento de sua função, pelo trabalho que necessitam desenvolver como membros do Conselho Gestor (Diário de Campo). Os conselheiros apontam uma forma de opressão: podem sofrer, por causa das ações que executam como conselheiros, sanções que afetam ou prejudicam de alguma forma o sujeito que está exercendo a função de conselheiro.

Denominam a forma de gerenciamento dos gestores relacionada à Idade Média, “*os gestores municipais tem seus feudos*” (p.5) que marcam principalmente os municípios pequenos e de colonização alemã:

falo aí pela minha região que é aqui de baixo, da zona alemã da nossa, do nosso conselho, eu e eles entendem que há uma interferência nossa na gestão municipal. Eles não entendem que nós somos na realidade aliados, o que importa é a saúde do usuário ou do trabalhador, do cidadão. Então há uma interferência, como tu te atreve a vir interferir na minha Secretaria, no meu Município? Nosso conselho, no meu município, não foi recebido e inclusive foram desrespeitados, porque o senhor feudal, aonde é que se viu, chegar aqui e querer me intimidar para uma reunião? (p.5).

A interferência citada se refere ao que segue sendo falado em seguida: os conselheiros se referem a estes senhores feudais como quem tem medo de perder recursos para município por terem “*coisas apontadas*” (p.5). Assim classificam sua relação com este tipo de gestor como conturbada, pois ele pensa que sempre é “*dono da razão*” (p.5). Descrição parecida com esta é encontrada em Oliveira Viana (1949/ 1999), quando aponta a política de clã existente no Brasil no período colonial. O clã é formado pelo senhor do engenho, ou da fazenda, que agrega parcela da comunidade com finalidade de “defesa material do feudo ou do prestígio político da sua pessoa” (OLIVEIRA VIANA, 1999, p. 200), os quais posteriormente também seriam utilizados para luta política ou eleitoral. A principal função do clã é a manutenção da propriedade com vistas a produtividade. O autor aponta que o “complexo do feudo” é historicamente exercido no Brasil desde “os primeiros dias de colonização” (p.203).

A descrição feita pelos conselheiros gestores remete duplamente a uma relação de dominação, tanto pela referência ao sistema feudal, quanto pela indicação de uma condição de colonização. Neste caso, a colonização alemã foi marcante para construção econômica e cultural em parte do Estado do Rio Grande do Sul. Arelada à questão racial, a imigração “passou a ser representada como um amplo processo civilizatório e forma mais racional de ocupação das terras devolutas” (SEYFERTH, 2002, p.118). Waibel (1958 *apud* SEYFERTH, 2002) define a colonização no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná como “um sistema econômico diverso da grande propriedade, porque baseado numa classe de pequenos proprietários de origem europeia” (SEYFERTH, 2002, p, 118). Neste sentido, uma das diferenças explícitas, com relação ao sistema de feudos, diz respeito ao tamanho do território/ propriedade.

Os alemães vieram ao Brasil a pedido do governo brasileiro, que pretendia povoar o sul do país para evitar o perigo de invasão que os vizinhos castellanos representavam, assim como o governo pretendia melhorar o exército recém formado. Os alemães que vinham, em troca recebiam terras, animais e auxílio financeiro por dois anos. Conforme refere Seyferth (2002), os alemães foram escolhidos pela imagem de agricultor eficiente que representavam. “A imigração europeia está naturalizada no debate sobre a colonização e nele, negros e mestiços, livres ou escravos, só eventualmente aparecem como atores sociais descartáveis [...]”

(SEYFERTH, 2002, p.120). Pode-se refletir neste contexto que o Estado do Rio Grande do Sul faz por muitos anos a valorização apenas deste momento histórico da colonização europeia, especialmente alemã e italiana, como marcos no povoamento de suas terras. Tornaram-se referência no estado, de certa forma apagando um passado anterior a elas, do povoamento do território gaúcho pela população negra, vinda para ser escravizada. População esta que fez resistência ao domínio dos brancos mantendo seus costumes e suas culturas. A história do Rio Grande do Sul, por muitas décadas, foi contada apenas sob o ponto de vista da colonização de alemães e italianos feita no Estado, e recentemente os diferentes movimentos de luta pela igualdade étnico-racial tem contribuído para que a história antes apagada agora seja reavivada (ASSUMPÇÃO, 2013).

O discurso dos conselheiros situa este lugar, “*zona alemã*”, como daquele que estabelece uma relação de propriedade com aquilo que seria público, do povo. A relação fundamental de propriedade é característica do Sistema Feudal, sistema econômico, político e social que acontece através do estabelecimento de uma relação de dependência dos vassallos com os senhores feudais (INFOESCOLA, 2015). Na entrevista realizada, os imigrantes alemães ocupam o lugar de suseranos que fornecem a seus vassallos acesso apenas aos meios de produção de mais riqueza, relação esta que não abre possibilidade de que aquele que depende possa questionar o proprietário sobre sua forma de mandar. A interferência de uma característica territorial e cultural, aqui denominada “*zona alemã*” é delimitada como autoritária, como se a lógica de colonizador/senhor feudal e colonizado/vassallo estivesse em vigor, constituindo um estilo de relação de que um submete o outro. Esta lógica não é necessariamente correspondente a posição que os imigrantes ocuparam inicialmente quando chegaram às terras brasileiras, submetidos que estavam a condições precárias de subsistência, porém um novo lugar de proprietário foi adjudicado – mesmo que imaginariamente pois há aqui a negação da cultura negra – à figura do imigrante, como responsável pelo patrimônio histórico e cultural de grande parte da população gaúcha. Portanto o imigrante assim teria propriedade sobre estes territórios gaúchos.

Esta relação de dominação fica delimitada não apenas aos territórios que tem marcas da colonização alemã, mas ao demais territórios, conforme relatado inicialmente por conselheiros de outras regiões que explicitaram diferentes formas de opressão com as quais se deparam. Os conselheiros, em sua maioria, apontam críticas ao estilo de gestão que prima pela dominação e por dificultar a participação democrática dos demais segmentos na política de Saúde do Trabalhador. O grupo explicita que luta contra esta lógica, em prol de uma dimensão cooperativa e coletiva, declaradamente uma oposição que eles mesmos citam como sendo uma

expressão gauchesca: “*mas ele [o conselheiro que está neste Conselho Gestor] não vai, como diz a expressão gauchesca, puxar a brasa para o assado dele, vai ter que ter um pouco do pensamento coletivo*” (p.2). A antiga lógica política vinculada às características de clã feudal e da imigração europeia, marcantes na história do povo gaúcho, é uma característica que este coletivo não quer pactuar, tampouco repetir em suas ações.

5.4 Das dificuldades em se reconhecer na função de gestão

Quando questionados sobre o que é gestão e sobre o papel dos próprios conselheiros como gestores, é possível identificar que, em sua maioria, os conselheiros não se consideram assim. “*Os gestores tem nada mais nada menos do que a obrigação, os gestores públicos, de cumprir a lei, e cabe a nós fiscalizar esse cumprimento, seja aonde for, no município, Estado ou União*” (p.4).

Os gestores são inicialmente considerados como sendo outros, que não o grupo do Conselho Gestor. Os gestores são os gestores públicos, no sentido do governo. Sobre o que é gestão, nesta fala significa fiscalizar. Em outras falas também é possível encontrar a mesma representação: “*Um dos papéis importantes do controle social é fiscalizar a gestão. E é, em qualquer conselho*” (p.4).

A resposta anterior para a questão da gestão, toma a pergunta como se fosse controle social e associa como principal função a fiscalização. Gestão aqui fica colocada de fora do papel do controle social e o controle social, portanto, deve fiscalizar a gestão. A função de fiscalização é tornada comum a qualquer lugar do controle social. Há um perigo nesta troca de um (gestão) pelo outro (controle social), que é o de afastar da função da gestão deste órgão democrático. Bem como é perigoso tornar o controle social apenas como ato de fiscalização. Embora não esteja claro para o grupo entrevistado, a gestão é uma ação possível para um Conselho Gestor, além da fiscalização.

O grupo demonstra que é não é uníssono, alguns conselheiros entendem que gestão é mais amplo do que fiscalização, porém a restringem a outro campo da assistência em saúde,

é que o tema foi controle, as pessoas talvez fixaram fiscalização, mas do que a gente tem acompanhado ao longo do tempo que a gente tá aqui, a gente tem muito mais ações, do que fiscalizatórias apenas, pró-ativas e preventivas, e a questão da gestão da saúde do trabalhador, que é este conselho, seria a promoção, a prevenção da doença (p.4).

Há nesta fala uma insistência na significação de gestão por outros conceitos, como o de controle social e além disto há o tratamento do termo gestão como relativo a ação de assistência em saúde, através da promoção e prevenção de doenças.

As compreensões referidas acima são maioria porém não formam um bloco maciço de concepção a respeito da gestão e do próprio controle social. Compõem parte do coletivo o qual demonstra ter capacidade de transformação e amadurecimento, tendo em vista que existem nos membros do grupo outras percepções a este respeito. Outra fala trazida na entrevista demonstra a multiplicidade do grupo e a possibilidade de aposta nele para que siga produzindo outras construções. Um dos conselheiros mais antigos do grupo refere,

Então qual a minha concepção em termo de Conselho Gestor. O próprio nome já diz, gestor, é a ajudar, contribuir com a gestão. O CEREST faz as propostas, o Conselho Gestor pode sugerir outras, além dessa construção ele também tem um papel, como controle social, de fiscalizar os atos, para dar respaldo ao próprio gestor, que ele está no caminho certo ou de que ele está dentro da legalidade. E nós como conselheiros aqui, temos que nos despojar um pouco do nosso bairrismo, não olhar só para o nosso umbigo, só para nossa cidade, porque aqui é um Conselho Gestor regional, são 49 municípios, então cada um aqui representa uma categoria, [...] [mas vai ter] que pensar também nas outras categorias, porque quem tá imbuído também de um trabalho específico pode não enxergar determinadas coisas, e o outro pode ver. Então eu vejo assim como uma contribuição para as demais categorias aqui representadas, mas o papel principal nosso como conselheiros dentro do Conselho Gestor, na qualidade de controle social é: auxiliar e fiscalizar a gestão (p.3).

Na fala é possível identificar que há reconhecimento de que a função de gestor exige que se faça o gerenciamento de propostas. Há definição do que entende por ser a função de gestão neste lugar que é ao mesmo tempo de controle social e nesta perspectiva incluindo o coletivo. Na sequencia da fala há diferenciação de que o CEREST é uma coisa e o Conselho Gestor outra. Ao mesmo tempo este conselheiro refere que o Conselho Gestor auxilia o gestor, o que é possível entender como sendo um paradoxo. Ele esclarece que em sua opinião o gestor é o CEREST, porém CEREST é um serviço, não ficando claro, novamente, quem é o gestor. O gestor é um ente que é apenas um termo? Ou ele é a conselheira que representa “o gestor” (segmento)? Ou ele é o secretario de saúde? A fala da fiscalização fica aqui colocada também, porém atinge outro plano, diferentemente dos demais citados antes, e mais próximo dos possíveis conceitos de gestão em saúde: está atrelada ao auxílio da gestão realizada pelo governo, não unicamente para sua fiscalização.

Assim como há a dimensão de que o Conselho Gestor seja fiscalizado, ele mesmo, pelos próprios integrantes, de forma a garantir que o órgão se mantenha atento às necessidades de saúde dos trabalhadores, da população, e não a interesses particulares.

Apesar do CEREST estar subordinado a uma Secretaria Municipal no caso, ele tem um papel regional, assim como o Conselho Gestor é fiscalizado porque, porque se não as atividades digamos que, o prefeito ou a secretária de saúde [do município sede], não façam o que eu comentei no início, a questão do bairrismo, de repente pode canalizar as atitudes as ações para o município sede, e as outras regiões ficam ao relento, então nós, representantes de várias regiões, de várias entidades estamos aqui também para dizer dizer ó, não é esse o caminho, nós também queremos ficar embaixo desse guarda-chuva, não é só [o município sede] (p.3).

O conselho gestor é fiscalizado, por ele mesmo, pelas pessoas que o compõem, para que a coletividade seja garantida. É possível identificar nos exemplos elencados logo acima, a direção de práticas voltadas para a dimensão coletiva e a necessidade de participação de diferentes segmentos e territórios para melhor funcionamento do processo de gestão e de controle social. Além destas características iniciais, é possível demarcar que o Conselho Gestor pesquisado tem realizados ações que afirmam o compromisso deste Conselho com a democracia.

5.5 Das possibilidades de outras práticas

A abrangência do Conselho Gestor a um número maior de municípios é uma das características apontadas como positiva pelos conselheiros. Os conselheiros tem se “desdobrado” (p.5) para ir aos diferentes municípios e produzir um relacionamento mais próximo dos gestores municipais. O grupo entrevistado considera esta abrangência como um dos diferenciais de trabalho deste Conselho Gestor, porém não é apenas este ponto que é um diferencial, mas junto dele, a proposta de descentralização do Conselho, não apenas para aproximação dos gestores e sim especialmente dos demais segmentos, usuários/trabalhadores e profissionais de saúde.

A descentralização possibilita: coletar demandas específicas dos locais, as quais não chegariam à sede do Conselho Gestor no CEREST; dar voz aos diferentes sujeitos envolvidos com a saúde do trabalhador – usuários, trabalhadores da saúde e gestores – nos diferentes territórios; responsabilizar o Conselho Gestor pelo acompanhamento das novas situações evidenciadas e; executar um outro formato de gestão, alternativo ao próprio estilo criticado pelo grupo, referenciado como “feudal”.

A descentralização pode ser referenciada aqui como uma aposta política do Conselho Gestor em outra forma de gestão possível, necessária e imprescindível para área da saúde. Esta

característica pode ser identificada naquilo que é apresentado na Política de Humanização em Saúde como direcionamento para a gestão (BRASIL, 2009), que é a necessidade de inclusão de novos sujeitos. Gestão na saúde é exercida por um coletivo ampliado e “não apenas por poucos ou alguns (oligo-gestão) [...] constituindo assim a co-gestão. O prefixo ‘co’, nesta perspectiva, indica para o conceito e a experimentação da gestão um duplo movimento: a adição de novas funções e adição de novos sujeitos” (BRASIL, 2009, p.24). A inclusão de novos sujeitos também contempla a compreensão de que estes próprios sujeitos gestores estarão se produzindo enquanto sujeitos, enquanto participando da gestão. Conforme Campos (*apud* CUNHA e CAMPOS, 2010) a co-gestão tem uma função crítico-criativa e pedagógica, que incluiu a dimensão subjetiva, de produção de novos sujeitos, “mais livres, autônomos e corresponsáveis pela coprodução de saúde” (CUNHA e CAMPOS, 2010, p.23).

A Política Nacional de Humanização infere que a cogestão tem como tarefas (BRASIL, 2009, p.24):

- Analisar a instituição, produzir analisadores sociais [...], a gestão é concebida como um importante espaço para a problematização dos modelos de operar e agir institucional;
- Formular projetos, que implica abrir-se à disputa entre sujeitos e grupos, [...] gestão é também um espaço de criação;
- Constituir-se como espaço de tomada de decisão;
- Ser um espaço pedagógico, lugar de aprender e de ensinar; espaço de aculturação, de produção e socialização de conhecimentos.

Pode-se constatar que as práticas citadas pelo Conselho Gestor como responsáveis pela melhoria constante do trabalho realizado por eles, vão ao encontro dos princípios do controle social, na perspectiva delineada neste trabalho, estando a serviço de um Estado democrático de acesso igualitário a direitos e de participação da população no planejamento/ acompanhamento das ações deste mesmo Estado (BRAVO e SOUZA, 2002; CORREIA, 2008; CÔRTEZ, 2010; DIMENSTEIN, 2007; FLEURY, 2010; GUIZARDI, PINHEIRO, MATTOS [et al], 2004). É neste sentido que se enquadra a outra prática citada pelo Conselho Gestor, de aproximação com Ministério Público do Trabalho e também, porém com mais dificuldades, de aproximação com Ministério do Trabalho. Ambas as instâncias realizam controle social e junto às ações do Conselho Gestor fortalecem a fiscalização e o acompanhamento das políticas voltadas à saúde do trabalhador. Este Conselho Gestor não se coloca isolado em sua “propriedade”, mas faz um movimento de trabalho articulado em rede (CAMPOS, 1998) tanto com outras instituições quanto com outros sujeitos que estão fora de seu grupo.

Nesta perspectiva, é possível concordar com a citação de um dos conselheiros na entrevista, apontando o que podemos referenciar aqui como uma terceira prática realizada por

este Conselho Gestor, de contribuição para a construção do próprio Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como um local de referência não apenas para a cidade sede mas para a região sobre a qual é responsável. Assim o Conselho Gestor, na perspectiva micropolítica (DIMENSTEIN, 2007) de suas ações, coloca também em movimento o próprio serviço de assistência em saúde aos trabalhadores, o CEREST, para que se desloque do seu centro, recebendo demandas para além do território fixo no qual está alocado, na direção de acolher efetivamente a população que está sob sua responsabilidade.

6 FINALIZANDO: DAS POSSIBILIDADES DE DESVIRTUAR, OU, DE FAZER UM “AUÊ” - A META É DE QUEM?

Na direção de realizar o que este estudo se propôs, identificar como se dá a participação do Conselho Gestor na implementação da Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras junto a um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, é possível apontar algumas considerações. Os conselheiros deste Conselho Gestor se deparam frequentemente com modelos de oligo-gestão, governo de poucos (CUNHA e CAMPOS, 2010), que justamente por isto são fechados à participação da comunidade – a qual é a “alma” do próprio conselho, pois é paritário, com 50% de conselheiros usuários do SUS. Esta situação fica evidente nas falas do grupo.

A lógica, de não abertura ao diferente, a quem está de fora do poder público, à população, é reafirmada quando os administradores públicos apresentam dificuldade em entender a necessidade da realização e de participação da população, dos diferentes segmentos, em uma Conferência sobre Saúde do Trabalhador, conforme relato pelo grupo do Conselho Gestor na entrevista: *“Para ti ter ideia, agora na Conferência, da IV Conferência, da convocação IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, que vai ser agora no final do ano, temos uns ai que simplesmente ignoraram essa necessidade”* (p.5).

Outra evidência da presença da lógica de dominação de uns que governam, e submetem outros que são governados, é a não apropriação dos conselheiros do Conselho Gestor pelo lugar de gestor. Inúmeras vezes em suas falas tratam o gestor como um terceiro, que não eles mesmos. Em todas as falas que tratam desta maneira, este terceiro se referiu a posição ocupada pelos administradores públicos, como secretários de saúde e prefeitos. É possível destacar isto nos trechos: *“É muito importante na forma como ele [o conselheiro do Conselho Gestor] se expressa, se coloca diante de um gestor”* (p.6); *“a dificuldade que é saber lidar com gestor”* (p.4); *“para dar respaldo ao próprio gestor, que ele está no caminho certo”* (p.2). Os conselheiros identificam seu papel mais com a função de um conselheiro do controle social, sem, na quase totalidade das falas, fazer menção ao seu lugar de gestor.

Apenas um conselheiro, um dos mais antigos no grupo, representou ter clareza da função de gerenciamento que o Conselho Gestor é responsável. Os demais, não demonstraram discernimento ou clareza entre as diferentes funções possíveis dentro deste órgão de controle social. É possível pensar que a não apropriação pela grande maioria do grupo de conselheiros por sua função de gestor, possa se dar por diversas razões que se complementam:

a) falta de abordagem do tema “Gestão”. Conforme explicitado no início da entrevista realizada, não há preparação prévia para entrada de novos conselheiros neste fórum, Conselho Gestor, que é diferente de um conselho municipal ou estadual de saúde, pois é especificamente um espaço de gestão. O tema da gestão não apareceu como foco de apresentação para o grupo de conselheiros e o tema genérico “Controle Social” apareceu como conhecimento suficiente para a entrada de novos membros. Em muitos momentos de fala dos entrevistados, “Controle Social” é tratado como sinônimo de Conselho Gestor.

b) resistência à lógica de dominação. O gestor acaba sendo identificado como o opressor, o que remete a possível compreensão para a não apropriação deste lugar. A não identificação com o lugar de gestor/opressor pode representar um movimento de resistência dos conselheiros do Conselho Gestor, ao não ocupar este espaço de gestão.

Este não reconhecimento pelo seu lugar de gestor é contraditório à ousadia que tem este próprio coletivo ao propor sair do lugar tradicional da gestão e considerar os diferentes sujeitos implicados no contexto. O Conselho Gestor apresenta uma interessante proposta de gerenciar, mesmo que, em alguns momentos, sem perceberem que estão tratando de seu próprio modo de fazer gestão.

Mas, pelo que eu vi, conversei, muitos conselhos, agora falando em termos de Conselho Municipal de Saúde, eles batem muito nessa questão de fiscalizar, de buscar o erro, então fazer auê. Outros não, outros acham o erro, sentam como secretário, ó aqui tá errado, vamos consertar, então quando as duas partes se entendem, se volta ao caminho, mas o que a gente vê muitas vezes é o atrito e muitos aqui também são conhecedores, que em reuniões de conselho municipal até cadeirada andaram se dando [risadas] então a coisa pega fogo. Mas tudo depende da região, da concepção, do nível dos conselheiros também, por isso que chega a determinadas atitudes como esta também (p.4-5).

A descrição feita aponta o “auê” como um comportamento de bagunça, de severidade com relação aos erros encontrados e no apontamento deles. Porém, se for tomado como uma ruptura com o modelo tradicional, uma transgressão, no sentido de rompimento com a lógica estabelecida, o “auê” seria a problematização apontada por Cunha e Campos (2010) e pela Política de Humanização (BRASIL, 2009), referenciados anteriormente. Os gestores precisam problematizar e produzir, segundo estes mesmos autores, outras formas de acontecimento. A gestão, que abre espaço para criatividade, é a que coloca em movimento, possibilitando práticas novas, diferentes das já experimentadas. Neste caso, é o que aparece ao final da fala, é a invenção de outra forma de gerenciar, que não a reprodução da rigidez da dominação, a tentativa de responder “na mesma moeda” – no exemplo, severamente apontando o erro, resolvendo os conflitos com agressão e não com possibilidade de abertura para escuta de outras falas. O “auê”,

poderia ser a proposta de negociação, e não de imposição, herdeira da perspectiva de submeter o colonizado/ o vassalo. Seria a possibilidade de produzir novas práticas, que não perpetuem a repetição irrefletida. É possível nomear este processo através da conceituação apresentada pela Política Nacional de Humanização:

Podemos conceituar a gestão em saúde como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disso, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolismos/objetivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores (BRASIL, 2009, p.13).

Retomando as legislações e políticas de saúde em vigor no Brasil, apontadas nesta dissertação, é possível afirmar que apesar de algumas contradições em sua implementação, conforme apontaram Lacaz e Florio (2009), todas elas preconizam a criação e manutenção da participação da comunidade como um princípio fundamental. O controle social na saúde ficou garantido, no mínimo, pelo estabelecimento das conferências ordinárias de saúde e da implantação dos conselhos de saúde municipais, estaduais e nacional, sendo sua composição paritária com 50% de usuários do Sistema Único de Saúde e 50% divididos entre trabalhadores da saúde e gestores/prestadores de serviço (BRASIL, 2010).

Na saúde do trabalhador ficou estabelecida a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador a partir de 2002, conforme referido anteriormente. Naquele momento, assim como nos documentos posteriores, como na Política Nacional de Saúde do Trabalhador - PNST (BRASIL, 2012), o controle social é trazido como instância que deve ter acesso garantido ao acompanhamento da política, principalmente, instância que deve ser capacitada sobre a política de saúde do trabalhador. O controle social na saúde do trabalhador existe através das instâncias já organizadas no Sistema Único de Saúde, assim, é colocado como uma instância externa à PNST, não sendo ordenado em nenhuma lei ou portaria a criação de Conselhos Gestores como representantes deste controle social dentro dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Porém através da investigação documental realizada por esta pesquisa, foi possível encontrar inúmeros CEREST que contam com Conselhos Gestores próprios, os quais cumprem o papel de controle social sobre a atuação do próprio Centro Referência em Saúde do Trabalhador. Estes Conselhos Gestores, assim como as demais instâncias de controle social na saúde, são também organizados paritariamente, com 50% da

representação feita por usuários da saúde do trabalhador do Sistema Único de Saúde e os outros 50% divididos entre trabalhadores da saúde, gestores/prestadores de serviços.

Não há especificação normativa nacional sobre a forma como o Conselho Gestor deve conduzir a gestão das suas atividades e de seus encontros, ficando a cargo dos municípios ou das regiões fazerem sua organização de gestão através do Conselho Gestor, espontaneamente. Pode-se apontar com isto que a gestão realizada pelos Conselhos Gestores não foi pensada e delineada por nenhuma das políticas vigentes. Gomes (2003, p.81) aponta que o arcabouço institucional-legal que deveria dar respaldo para a participação do e no controle social é “no mínimo extremamente tímido em termos democráticos”. É neste sentido que foi colocado no título deste capítulo final a questão de quem é a meta de participação da comunidade nas políticas de saúde? Quem realmente precisa e quem deve lutar para que se execute na prática, a composição de fóruns de gestão das políticas feitos por 50% de usuários? Ou seja, que pelo menos metade dos gestores da política de saúde sejam pessoas da comunidade, que utilizam dos serviços. A metade de usuários é uma meta do governo? Ou dos usuários, da população? Ou de ambos?

Gomes (2003) trabalha com os conselhos gestores em sua dissertação, porém trata todos os conselhos, incluindo os conselhos municipais de saúde, como se fossem sinônimos de conselho gestor. Na presente pesquisa, optou-se por não tratar estes diferentes espaços como idênticos, conforme explicitado anteriormente, considera-se que se são bastante próximos, porém os conselhos municipais de saúde não se caracterizam primariamente como gerenciadores da política ou de um serviço. Os conselhos de saúde certamente produzem efeitos na gestão do Sistema Único de Saúde, porém não é sua responsabilidade primeira. Gerir é a ação específica de um conselho gestor, propriamente dito.

Esta diferença em relação a concepção de Gomes, não interfere na possibilidade de discutir seus importantes achados de pesquisa e traçar um paralelo com o sistema dos conselhos gestores dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, justo porque ambos tipos de conselho se aproximam bastante.

Com relação a falta de especificação de normativas ou legislação específica para os conselhos gestores, Gomes (2003) elenca alguns pontos que demonstram novas possibilidades de vivenciar a democracia, assim como outros que dificultam o funcionamento do controle social. Dentre os pontos negativos ele cita que as regras federais dificultam o exercício de soberania dos conselhos, especialmente por não haver respaldo para que as decisões deste tipo de plenário sejam executadas.

Este talvez seja o maior problema das iniciativas de participação: a percepção que as decisões das esferas de participação não são cumpridas. Ou seja, é preciso criar mecanismos que imponham, para dentro do governo, a agenda decidida nos conselhos, sob risco de desacreditar o processo (GOMES, 2003, p.78).

Outro ponto é que as leis que respaldam os conselheiros da sociedade civil não possuem a legitimidade “conferida pelo sufrágio universal prescrito por leis nacionais, como ocorre com os vereadores e deputados” (GOMES, 2003, p.92), assim cabe ao governo decidir que instituições da sociedade civil participarão, ou seja, o governado em certa medida escolhe quem o controlará. Ao mesmo tempo, esta situação cria um paradoxo, pois após definidas as instituições, nem Estado nem população interferem na escolha do representante que se tornará conselheiro, o que pode remeter a duvidar sobre a escolha ter ocorrido de forma democrática. Dentre os aspectos positivos, Gomes aponta a pequena atratividade do cargo, pois não é remunerado, o que facilita que se envolvam com ele pessoas que “possuem espírito público” (GOMES, 2003, p.93). A duração curta de mandato também é apontada como positiva, além do caráter local e setorial, que favorecem maior proximidade e relações de representação mais informadas.

Ou seja, estas condições positivas, que considero atenuantes ao não envolvimento de toda a sociedade, permitem inferir que há um certo potencial de que a democracia representativa, nos conselhos municipais gestores de políticas públicas, possa aprofundar o conteúdo democrático, mormente durante a vigência dos mandatos, se comparada a uma distante representação parlamentar (GOMES, 2003, p.93).

Desta forma, fica esclarecido a necessidade que há em sustentar os espaços de controle social, que não tem seu formato de execução pronto. Ao contrário, ainda necessitam muito investimento. Pode-se considerar, a partir das discussões e estudos realizados para produção desta dissertação, que a aposta em espaços de gestão que sejam colegiados, coletivos, com garantia de participação dos sujeitos que utilizam das políticas públicas, precisa de maiores investimentos. Há quase inexistência de uma discussão e a apropriação do lugar do Conselho Gestor na saúde do trabalhador junto aos serviços. Apostar em espaços que sejam geridos por um coletivo ainda é considerado uma ousadia. Os grupos que alcançaram este patamar, tem o mérito para serem reconhecidos pelo complexo trabalho que realizam e enfrentamento dos diferentes desafios deste cotidiano, como é o caso do Conselho Gestor pesquisado.

A experiência da realização desta dissertação junto a um Núcleo de Pesquisa (NEST/UFRGS) foi enriquecedora. O funcionamento, a forma de organização, na qual todos tem suas responsabilidades na realização das produções e atividades de pesquisa, a viabilização de espaços coletivos de trocas de conhecimentos entre os diferentes mestrandos, doutorandos,

graduandos de iniciação científica, a alquimia do conhecimento das diferentes formas de construção do objeto a ser pesquisado se constituem a amálgama essencial na produção da dissertação. Esta foi uma experiência transformadora para a pesquisadora que aqui escreve suas últimas linhas, pretendendo deixar claro que o processo de produção de conhecimento, que a área da saúde do trabalhador e especialmente a gestão em saúde, ainda estão em aberto, precisando de mais aprofundamento e produção.

É importante a participação efetiva das organizações dos trabalhadores na definição das prioridades de intervenção, no acompanhamento da implementação da Política de Saúde do Trabalhador, na legitimação e no controle da aplicação dos recursos específicos de modo que assegure que as atividades sejam consoantes com a realidade do sistema produtivo local e das necessidades dos trabalhadores. Este lugar necessita ser ocupado e exercitado em sua plenitude para de fato seja garantido que a população participe do processo de formulação e controle das políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Rosângela; MENDES, Jussara Maria Rosa. Desigualdade X resistência: analisando a saúde do trabalhador no contexto das mudanças no mundo do trabalho. In: REIS, Carlos (org.). **O sopro do minuano**: transformações societárias e políticas sociais – um debate acadêmico. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, n.34, v.6, p.11-34, nov.-dez. 2000.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da precarização do trabalho**: ensaios de sociologia do trabalho. Bauru: Canal 6, 2013.

ANTUNES, Ricardo. A crise, o desemprego e alguns desafios atuais. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.104, p.632-636, out.-dez. 2010.

_____. **Adeus ao trabalho?** Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2007.

ASSUMPÇÃO, Jorge Euzébio. Palestra de abertura. In: **VI Seminário da Rede SJ-CIAS**: Educação das Relações Étnicorraciais e os 10 anos da Lei 10.639/2003. Dias 21 e 22 de agosto. São Leopoldo: CECREI – Centro de Espiritualidade Cristo Rei, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 1977.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Recuperado em 11 novembro, 2012 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 13 de setembro, 2012 de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.. Recuperado em 11 de novembro, 2012 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde SUS, de 06 de novembro de 1996**. Recuperado em 06 de abril, 2014 de <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#sobe>

_____. **Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS – NOST-SUS, de 02 de julho de 1998**. Recuperado em 06 de abril, 2014 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_legislacao_st1.pdf

_____. **Portaria 3120, de 1º de julho de 1998.** Recuperado em 06 de abril, 2014 de http://www.cerest.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_cerest/legislacao/gerados/portaria%203.120.pdf

_____. **Portaria MS/GM nº 1.679, de 19 de setembro de 2002.** Recuperado em 06 de abril, 2014 de <http://www.saude.al.gov.br/portarian1679gmem19desetembrede2002-12-08-2009>

_____. **Portaria Ministerial nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Recuperado em 06 de abril, 2014 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html

_____. **Portaria MS/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Recuperado em 06 de abril, 2014 de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

_____. **Portaria 648 de 28 de março de 2006.** Recuperado em 06 de abril, 2014 de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>

_____. **Portaria MS/GM nº 2.728 de 11 de novembro de 2009.** Recuperado em 06 de abril, 2014 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html

_____. **Portaria GM/MS nº 3.252 de 22 de novembro de 2009.** Recuperado em 06 de abril, 2014 de <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/portaria3252.pdf>

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Orientações para conselheiros de saúde.** Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.

_____. **Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Recuperado em 15 de dezembro, 2015 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

_____. **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011.** Recuperado em 15 de dezembro, 2015 de http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm#

_____. **Decreto 7.602 de 7 de novembro de 2011.** Recuperado em 06 de abril, 2014 de [http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D39E4F4B1013A66048DB36F2D/PNSST%20\(Decreto%20n.%C2%BA%207.602_11\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D39E4F4B1013A66048DB36F2D/PNSST%20(Decreto%20n.%C2%BA%207.602_11).pdf)

_____. **Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Recuperado em 15 de dezembro, 2015 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

_____. **Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Recuperado em 06 de abril, 2014 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

BRAVO, Maria Inês Souza; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Conselhos de saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. **Revista Ser Social.** Brasília: PPG Política Social - UnB, 2002.

BUTIERRES, Maria Cecília; MENDES, Jussara Maria Rosa. Implicações das transformações societárias na materialização dos direitos sociais. **Sociedade em Debate**. Pelotas: v.16, n.1, p.9-23, jan.-jun. 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2015.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e cultura**, v.3, n.1e2, p.51-74, jan.-dez., 2000.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. In **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.863-870, out.-dez., 1998.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR REGIÃO DOS VALES (CEREST/ VALES). Município-sede: Santa Cruz do Sul-RS. **Conselho Gestor – Regimento Interno**. Aprovado pelo Conselho Gestor do CEREST/Vales, em 20 de julho de 2010. Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, em dia 24 de agosto de 2010.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR – REGIONAL RIBEIRÃO PRETO-SP. Município-sede: Ribeirão Preto-SP. **Regimento Interno do Conselho do CEREST**. Decreto 309 de 19 de dezembro de 2007. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/cerest/index.php?pagina=/cerest/regimento/i16regimento.htm>>. Acessado em 18 de jun. 2015.

CHAPADEIRO, Bruno. **Trabalho e gestão através do cinema**. Bauru: Práxis, 2013.

CONSELHO GESTOR DO CENTRO DE REFERÊNCIA REGIONAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA REGIÃO NORDESTE. Município-sede: Passo Fundo-RS. **Regimento Interno**. Aprovado no Conselho Regional de Saúde em 09 de junho de 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Propostas Da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília, 18 de dez., 2014. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/index.html> . Acessado em 17 de jun., 2015.

CORREIA, Maria Valéria C. Verbete controle social. In PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar (orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CORREIA, Maria Valéria C. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. Pernambuco, 2005. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudanças nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S; VASCONCELOS, L. (orgs.) **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

_____. (org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci e a sociedade civil**. [Especial para Gramsci e o Brasil]. 2000. Disponível em: <http://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=209>

CUNHA, Gustavo Tenório (org.). Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Cadernos Humaniza SUS, v.2).

_____.; CAMPOS, Gastão Wagner. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. In: **Org. & Demo**. Marília: v.11, n.1, p.31-46. Jan.-jun., 2010.

DESLANDES, Suely Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In MINAYO, Maria Cecília (org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

DIAS, Elisabeth Costa (org.). Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. Diretoria de Saúde do Trabalhador. **Construindo ações de saúde do trabalhador no âmbito das superintendências e gerências regionais de saúde**. Belo Horizonte-MG: 2011.

_____. (coord.). **Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes. (Relatório técnico-científico encomendado pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) a fim de orientar a construção da Política de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental na Atenção Primária à Saúde no SUS). Universidade Federal de Minas Gerais, CEREST Estadual MG: Belo Horizonte, 2010.

DIMENSTEIN, Magda. Micropolítica dos afetos: reinventando a participação e o controle social em saúde. In: ROSA, Edinete; NOVO, Helerina; BARROS, Maria Elisabeth; MOREIRA, Maria. **Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil**. Vitória: Edufes, 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI: O minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

GARCIA, M.L.T.; MENDES. Á.; LEAL. F. X. O Controle Social e os Conselhos de Saúde: reflexões de seus significados e suas trajetórias. In GARCIA, M.L.T.; COUTO, B.R.; MARQUES, R.M. (Org.). **Proteção Social no Brasil e em Cuba**. Porto Alegre: EDIPUCRS, v. 1, 2012.

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e sociedade**. V.13, n.2, p.20-31, mai-ago. 2004.

GOMES, Eduardo Granha Magalhães. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Democracia, Controle Social e Instituições**. São Paulo: EAESP/FGV, 2003, 110 p. Dissertação. (Mestrado de Administração Pública e Governo). EAESP/FGV.

GUIZARDI, et al. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.14, n.1, p.15-39, 2004.

INFOESCOLA. **Feudalismo**. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/historia/feudalismo/>> Acessado em 07 set. 2015.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro; FLÓRIO, Solange Maria Ribeiro. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de saúde na virada do século XX. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.14, v.6, p.2123-2134. 2009.

MENDES, Jussara Maria Rosa. **Projeto de pesquisa: Saúde do trabalhador e proteção social: os desafios para a efetivação do direito à saúde**. Vigência: Dezembro/2011 a Novembro/2015. Órgão de fomento: FAPERGS. Porto Alegre: Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. [Projeto de Pesquisa, NEST/UFRGS].

_____.; **Relatório Técnico: Centro Colaborador em Saúde do Trabalhador no Contexto do Mercosul – Fase II**. Vigência: Dezembro/2011 a Agosto/2014. Órgão de fomento: Ministério da Saúde/DSAST. Porto Alegre: Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014. [Relatório Técnico, NEST/UFRGS].

_____.; et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. In: **Textos e Contextos**. Porto Alegre, v.10, n.2, p.331-344, ago.-dez. 2011.

_____.; OLIVEIRA, Paulo Antônio. Medicina do trabalho: o desafio da integralidade na atenção à saúde. In VIEIRA, S. (org.) **Medicina Básica do Trabalho**. Vol. IV. Curitiba: Genesis, 1999.

_____.; et al. Eixo: Gestão da Política de Saúde. In: GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; MARQUES, Rosa Maria; NASCIMENTO, Lucileide. (Org.). **Sistemas de Proteção Social do Brasil: Bibliografia (1985 - 2008)**. Vitória/São Paulo/Porto Alegre: UFES/PUCSP/PUCRS, p. 363-370, 2010.

_____.; WÜNSCH, Dolores Sanches. Serviço social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.107, p.461-481, jul.-set. 2011.

MINAYO, Maria Cecília (org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2012.

NESTUFRGS. Sobre o NEST. In: **Blog do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho**. Disponível em: <<http://nestufrgs.blogspot.com.br>>. Acessado em 27 mai., 2015.

NETO, Otavio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In MINAYO, Maria Cecília (org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____.; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazei. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. Trabalho apresentado no **XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**. Minas Gerais: 4 a 8 de Nov. 2002. Recuperado em 28 de maio de 2014 de http://empreendetcher.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/grupos_focais_e_pesquisa_social_qualitativa_o_debate_orientado_como_tecnica_de_investigacao.pdf

NOGUEIRA, Diogo Pupo. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. **Revista Saúde Pública**. V.18, n.6, pp. 495-509, 1984.

NUNES, Everardo. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.5, v.2, p. 251-264. 2000.

OLIVEIRA VIANA, Francisco José. **Instituições políticas brasileiras**. Brasília: Conselho Editorial do Senado Federal, 1999. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=19011>. Acessado em 03 out., 2015.

ORIGEMDAPALAVRA. **Gestão**. Disponível em: <<http://origemdapalavra.com.br/site/palavras/gestao/>> Acessado em: 29 de jun. 2015.

PAVIANE, Jayme. **Interdisciplinaridade**: conceitos e distinções. 2ª ed. Caxias do Sul: Educs, 2008.

PEREIRA, Potyara. **A assistência social na perspectiva dos direitos**: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesaurus, 1996.

RAICHELIS, Raquel. O controle social democrático na gestão e orçamento público 20 anos depois. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (org.) **Seminário Nacional O controle social e a consolidação do Estado democrático de direito**. Brasília, 2011.

_____. **Esfera pública e Conselhos de Assistência Social**: caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.

ROSE, Nikolas. Psicologia como uma ciência social. In: **Psicologia & Sociedade**, v.20, n.2, p.155-164, 2008.

SATO, Leny; LACAZ, Francisco Antonio de Castro; BERNARDO, Márcia Hespagnol. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. In **Estudos de Psicologia**, v.11, n.3, p.281-288, 2006.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SEYFERTH, Giralda. Colonização, imigração e a questão racial no Brasil. In: **Revista USP**, São Paulo, n.53, p.117-149, mar.-mai. 2002.

SILVA, Rosane Neves da. **A invenção da psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2005.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WIKIPEDIA. **Colonização alemã no Rio Grande do Sul**. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Colonização alemã no Rio Grande do Sul](https://pt.wikipedia.org/wiki/Coloniza%C3%A7%C3%A3o_alem%C3%A3_no_Rio_Grande_do_Sul) >. Acessado em 07 set. 2015.

WÜNSCH, Dolores; MENDES, Jussara Maria Rosa. Saúde do trabalhador e proteção social: as repercussões da precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo. In **Estudos do trabalho – Revista da Rede de Estudos do Trabalho**. Ano 5, n.9, 2011.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE E TRABALHO – NEST

Projeto de Pesquisa: O Controle Social na gestão da Política de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica

Pesquisadora: Prof. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes e mestranda Gabriela Kunz Silveira

Telefones: (051) 9277-0733 (celular) ou (51) 3037-6447 (residencial)

E-mail: jussara.mendes@ufrgs.br, gabikunz@gmail.com

ROTEIRO DE QUESTÕES NORTEADORAS PARA GRUPO FOCAL

Eixo relação com a gestão:

- O que entendem ser a função do Conselho Gestor?
- Como entendem a participação do Conselho Gestor na gestão do CEREST?
- Como compreendem que se dá, se é que acontece, a gestão deste serviço (CEREST) de forma democrática, paritária? Em outras palavras: este “Conselho” é “gestor”? Este coletivo realiza gestão?
- Como se dá a relação do Conselho Gestor com outros gestores? Os gestores dos municípios de abrangência do CEREST (secretários, prefeitos, entre outros). O que identificam como dificuldades e possibilidades nesta relação?

Eixo Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Atenção Básica:

- Entendem que há efeitos práticos/visíveis desta forma de gestão, democrática, paritária, na implementação da Política Nacional na Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras? Por quê?
- Quais as possibilidades e as dificuldades do Conselho Gestor em participar da implementação da Política Nacional da Saúde do Trabalhador(a)?
- E na implementação desta política para Atenção Básica em Saúde?

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE E TRABALHO – NEST

Projeto de Pesquisa: O Controle Social na gestão da Política de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica

Pesquisadora: Prof. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes

Telefones: (051) 9277-0733 (celular) ou (51) 3037-6447 (residencial)

E-mail: jussara.mendes@ufrgs.br, gabikunz@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG n.

_____, abaixo assinado, declaro que de livre e espontânea vontade e de forma gratuita aceito participar da pesquisa com o tema: “O Controle Social na gestão da Política de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica” realizada pela pesquisadora Jussara Maria Rosa Mendes, professora do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e pela mestranda Gabriela Kunz Silveira, de Psicologia Social e Institucional – UFRGS. Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, autorizo o uso do conteúdo das informações que prestei para utilização parcial ou integral, sem restrições de prazos e citações, a partir da presente data; bem como da gravação da entrevista realizada com o objetivo de registrar as respostas das perguntas e cuja sistematização se constituirá material de análise da pesquisa. Declaro que fui informado (a) do objetivo da pesquisa que é investigar a participação feita pelos Conselhos Gestores na gestão dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e na implementação da Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras.

Estou ciente da minha responsabilidade de comunicar à pesquisadora sobre qualquer alteração referente a esse estudo, podendo desistir de participar a qualquer momento sem que isso me cause qualquer tipo de dano ou prejuízo; e, de que os dados coletados poderão ser publicados ou apresentados em eventos e trabalhos científicos. Declaro ainda que me foi explicada a forma de realização da coleta de dados; do tempo de duração da entrevista de aproximadamente uma hora e meia; do compromisso da pesquisadora com o anonimato da minha identidade na divulgação dos resultados; que a pesquisa é caracterizada como de risco mínimo; que foram esclarecidas de forma clara e detalhada todas as dúvidas referentes a minha participação nesse estudo; que o presente termo de consentimento livre e esclarecido me foi lido e que o assinei de livre e espontânea vontade, tendo recebido uma cópia.

Abdicando direitos autorais meus e de meus descendentes, firmo o presente documento, sabendo que quaisquer dúvidas ou desconfortos em relação à pesquisa podem ser esclarecidas pela pesquisadora pelos telefones (51) 9277-0733 (celular) e (51) 3037-6447 (residencial) ou através do Comitê de Ética em Pesquisa (51) 3308-3629.

Assinatura do entrevistado (a)

Assinatura da pesquisadora

_____/RS, _____ de _____ de _____.