

RELATÓRIO FINAL

O processo de Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: Dinâmica e Determinantes

Coordenação geral
Monica Vieira e Márcia Lopes

Novembro 2009

Organização

Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS)
Observatório dos Técnicos em Saúde (OTS)

Coordenação geral

Monica Vieira e Márcia Lopes

Equipe

Alda Lacerda
Anna Violeta Durão
Filippina Chinelli
Julia Polessa
Márcia Valéria Morosini
Valéria Carvalho

Apoio à Gestão do Projeto

Josiane Ribeiro Silva
Assistente de Gestão Educacional do LATEPS

Projeto Gráfico

Marcelo Paixão
Programador Visual/EPSJV

Este projeto foi financiado com recursos do Ministério da Saúde, no âmbito do Plano Diretor para o Biênio 2007-2009 da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, com apoio da Organização Panamericana de Saúde

Coordenação do Estudo

Monica Vieira – Graduada em Ciências Sociais pela UFRJ, mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ e Pesquisadora da Estação de Trabalho do Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. Coordenadora do Laboratório de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da ESPJV/FICRUZ.

Márcia Raposo Lopes – Psicóloga, mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ, doutora em Psicologia Social pela UERJ, pós-doutora pela UERJ em Políticas Públicas e Formação Humana. Atualmente é assistente de pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Escola/FIOCRUZ.

Equipe responsável

Alda Lacerda - Médica homeopata, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ, Doutoranda em Saúde Pública na ENSP /FIOCRUZ, tutora do curso de especialização "Autogestão em Saúde" da Fiocruz - Programa de Ensino à Distância. Professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ).

Anna Violeta Durão – Formada em Pedagogia pela Universidade Cândido Mendes e mestre em Educação pela Universidade Federal Fluminense. Atualmente é professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/, atuando como professora-pesquisadora no Laboratório de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/FIOCRUZ.

Filippina Chinelli - Formada em História pela UFF, mestre em Antropologia Social pelo PPGAS/UFRJ e doutora em Educação também pela UFF. Professora aposentada do IFCS/FRJ. Atualmente é professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ como bolsista FIOTEC, atuando no Laboratório de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Valéria Carvalho - Formada em Ciências Sociais pela UFRJ (2002), tem mestrado em Educação pelo programa de Pós-graduação em Educação da UFF (2006). Atualmente é professora pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ .

Júlia Polessa Maçaíra – Graduação e mestrado em Ciências Sociais (IFCS/UFRJ). Atuou com bolsista FIOTEC no Laboratório de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/EPSJV/FIOCRUZ. Atualmente é professora assistente da Faculdade de Educação da UFRJ.

1. Introdução

O relatório trata dos resultados da pesquisa “Qualificação dos agentes comunitários de saúde: dinâmica e determinantes” que se propôs analisar o processo de formação/qualificação dos ACSs, entendido enquanto um campo de disputas políticas e ideológicas entre concepções de trabalho e qualificação acionadas pelos diferentes sujeitos políticos coletivos envolvidos, bem como problematizar os efeitos desses embates sobre as relações de trabalho e as práticas desses agentes na atual organização do sistema de saúde brasileiro.

Em termos mais específicos, a pesquisa se deteve em:

- analisar as relações entre as políticas de saúde, do trabalho e da educação na saúde no Brasil, nesse início de século, e suas expressões na prática dos Agentes Comunitários de Saúde;
- identificar os principais determinantes políticos, sociais e econômicos da qualificação do Agente Comunitário de Saúde;
- analisar as relações entre a qualificação dos ACS e as políticas de gestão do sistema, do trabalho e da educação na saúde, no plano nacional;
- problematizar a relação entre as políticas públicas de saúde, as propostas de intervenção/transformação do processo de trabalho do ACS e sua materialização nas práticas.

O estudo foi desenvolvido em uma perspectiva histórica, situando seus objetivos não só no contexto mais amplo das mudanças que há décadas afetam a organização do trabalho e os trabalhadores em escala planetária, como também relacionando-os ao rumo tomado pelas políticas públicas voltadas para atenção básica em saúde, sub-campo da área de saúde onde se localizam as atividades desempenhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Nessa perspectiva, considerou-se necessário retomar tais políticas em conexão com a conformação do campo de recursos humanos em saúde, sobretudo a partir dos anos 1980. Para tanto, além da produção acadêmica sobre o tema, foram considerados os debates e recomendações emanados das Conferências Nacionais de Saúde que constam dos relatórios finais desses eventos. Foram considerados ainda a legislação específica e os relatórios das 3 Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde, realizadas respectivamente em 1990, 1993 e 2006¹ e documentos produzidos por diferentes órgãos da administração pública, sempre cotejados com análises acadêmicas sobre o tema de da pesquisa.

2. Atividades desenvolvidas

2.1. Reuniões para a discussão de literatura pertinente ao tema, com vistas à elaboração do referencial teórico-metodológico norteador do estudo;

2.2. Reuniões destinadas à identificação dos principais sujeitos políticos coletivos envolvidos na qualificação dos ACS.

Os sujeitos políticos selecionados foram: CONASS, CONASEMS, CNS, MS - Secretaria Atenção Básica, SGTES, Confederação Nacional dos ACS, OMS/OPAS, CNE, Ministério Público do Trabalho, CEBES, EPSJV/LABORAT, Comissão da RET-SUS.

2.3. Formulação das principais questões orientadoras do estudo, com destaque para:

- De que forma a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) define/ orienta/ participa dos processos de gestão e qualificação do trabalho no SUS?
- Que concepções orientam a elaboração de suas estratégias e ações relacionadas à gestão e à qualificação do trabalho no SUS?
- Que outros sujeitos políticos coletivos vêm participando desse processo?
- Quais as concepções desses sujeitos sobre o papel do ACS no SUS e sobre sua qualificação?

¹ Esta última foi denominada de Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

- Quais os enfrentamentos que perpassam a constituição e o desenvolvimento dos projetos de qualificação dos ACS?
- Como se delinea a rede de tensões entre o cotidiano de trabalho, a formação, os valores, expectativas e os contornos subjetivos dos ACS e dos usuários e as propostas e políticas de trabalho emanadas da gestão pública?

2.4. Reuniões para a elaboração do roteiro das entrevistas com os sujeitos políticos coletivos escolhidos.

2.3. Realização das seguintes entrevistas, que somam um total de cerca de 30 horas de gravação:

- Tereza Ramos, presidente da CONACS (Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde). Entrevista gravada e filmada no dia 21 de maio de 2008, no Rio de Janeiro/RJ;
- Maria Luiza Jaeger, Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) entre 2003 e 2005. Entrevista realizada em julho de 2008, em Porto Alegre/RS;
- Ricardo Ceccim, Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/SGTES/MS), de 2003 até 2005. Entrevista realizada em julho de 2008 em Porto Alegre/RS;
- Simone Machado, coordenadora Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde (Deges/SGTES/MS), no período de 2004 até 2005. Entrevista realizada em julho de 2008 em Porto Alegre/RS;
- Maria Helena Machado, diretora do DEGERTS/SGTES/MS desde 2003. Entrevista realizada em agosto de 2008, em Brasília;
- Afra Suassuna, diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS). Entrevista gravada e filmada no dia 21 de setembro de 2008, no Rio de Janeiro/RJ;
- Rose Inojosa, CONASEMS. Entrevista realizada em 10 de maio, em São Paulo.

- Célia Pierantoni DEGEGES/SGTES. Entrevista realizada em 07 de junho, no Rio de Janeiro
- Júlio Miller, CONASS. Entrevista realizada em 23 de abril, em Itaipava, Rio de Janeiro.

2.4. Revisão da transcrição das entrevistas realizadas.

2.5. Edição das entrevistas para futura disponibilização na página do LATEPS, com o objetivo de permitir sua utilização pelas demais estações de trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde e por outros estudiosos que se interessem pelo tema.

2.6. Leitura e análise das entrevistas com base nas seguintes categorias coletivamente definidas:

- Trajetória pessoal e profissional do(a) entrevistado(a);
- Trajetória da instituição;
- Concepção de trabalho (em geral);
- Concepção do trabalho do ACS;
- Divergências que o(a) entrevistado(a) aponta quanto à concepção do trabalho dos ACS;
- O trabalho do ACS e o PSF;
- Concepção de formação do ACS;
- Divergências que o(a) entrevistado(a) aponta quanto à concepção de formação do ACS – instâncias/órgãos envolvidos e principais embates;
- Concepção de formação de outros trabalhadores em Saúde;
- Como o(a) entrevistado(a) entende a relação de trabalho do ACS;
- Como o(a) entrevistado(a) percebe o processo de organização do ACS enquanto categoria profissional;
- Como o(a) entrevistado(a) descreve/analisa o movimento pela desprecarização do trabalho do ACS;

- Embates que o(a) entrevistado(a) aponta quando descreve/analisa o movimento pela desprecarização do trabalho do ACS;

2.7. Seleção e organização de instrumentos legais referentes às políticas que definem a Estratégia Saúde da Família:

- Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997 - Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição.
- Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997 - Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.
- Portaria nº 157/GM, de 19 de fevereiro de 1998 - Estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos municípios aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família.
- Portaria nº 82, de 07 de julho de 1998 - Define sobre a alimentação de dados no SIAB
- Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999 - Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS)
- Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999 - Define critérios para a regulamentação do incentivo a municípios que tenham projetos similares ao Programa de Saúde da Família.
- Portaria nº 1.013/GM, de 08 de setembro de 2000 - Define critérios para operacionalizar a alimentação do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB; e efetivar parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para implementação do PSF e do ACS.
- Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 - Cria a Profissão de Agente Comunitário de saúde e dá outras providências. OBS: Revogada pela Lei nº 11.350, de 2006.

- Parecer CNE/CEB 19/2004 - Institui a o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.
- Portaria nº 2474, de 12 de novembro de 2004 - Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde.
- Portaria SGTES - Normas operacionais - Estabelece as normas operacionais para a apresentação de projetos para o financiamento da execução da formação inicial dos agentes comunitários de saúde e dá outras providências.
- Portaria nº 290/GM, de 24 de fevereiro de 2005 - Qualifica municípios para receberem incentivos aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, e de Saúde da Família.
- Orientações para elaboração de Processo Seletivo Público - Documento elaborado pelo Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS para orientar os gestores do SUS na realização do Processo Seletivo Público para ACS e Agentes de Combate a Endemias.
- Emenda Constitucional nº 51 - Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º no artigo 198 da Constituição Federal.
- Medida Provisória 297 - Regulamenta o § 5º do artigo 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do artigo 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.
- Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 (Conversão da MPv nº 297, de 2006) - Regulamenta as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias.

Esse material foi analisado com base nas seguintes categorias definidas a partir da leitura legais referentes aos Agentes Comunitários de Saúde no período 1997-2006:

- Diretrizes/Atribuições
- Atribuição/Atividades dos ACS no PACS

- Requisitos ACS
- Recrutamento /Seleção
- Contratação/Vínculo de trabalho
- Regime de Trabalho

2. 8. Identificação e seleção de documentos oficiais/institucionais referentes às políticas de recursos humanos na saúde, com o objetivo não só de subsidiar a elaboração dos capítulos que integrarão o livro contendo os resultados finais do estudo empreendido e os trabalhos apresentados em reuniões científicas, mas visando também sua publicização através da página do Observatório dos Técnicos em Saúde da ESPJV:

Banco Mundial. *Salud: documento de política sectorial*. Washington, D.C., 1975.

_____. *Brasil: novo desafio à saúde do adulto*. Washington, D.C. 1991 (série de estudos do Banco Mundial sobre países).

_____. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: investindo em saúde*. Rio de Janeiro: FGV. 1993.

_____. *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos*, 2007.

_____. Memorando do presidente do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento e da Corporação Financeira Internacional aos Diretores Executivos sobre uma estratégia de Assistência ao País do Grupo Banco Mundial para a República Federativa do Brasil. In: *A Estratégia dos Bancos Multilaterais para o Brasil: análise crítica e documentos inéditos*. Brasília: Rede Brasil, 1998.

_____. *Juntos pela saúde. Relatório Mundial de Saúde 2006*.

Brasil/ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE. Secretaria da Reforma do Estado. Brasília, DF. *Caderno do MARE. Organizações Sociais*, 1997, Caderno 2.

Brasil/ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado*. Brasília: Presidência da República, Câmara de Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

Brasil, Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. *Política de Educação e*

Desenvolvimento do SUS. OPAS. *Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília, 2003.

_____. Departamento de Gestão da Educação na Saúde: Elementos para a formulação de uma política para a formação dos profissionais de saúde. Brasília, mimeo.

_____. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, Relatório final. Brasília: 1986.

_____. "Recursos humanos para as atividades de saúde". *Anais da IV Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro, 1967.

DAB/SPS. "Programa de Saúde da Família". *Revista de Saúde Pública, USP*, 2000, vol.34, n.3. Em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>

MEC/MS. *Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, 2004.

Ministério da Saúde. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941 - 1992. *Cadernos de RH em Saúde*, vol.1, no.1, Brasília, 1993. Em <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/crhsv1n1.pdf>

Ministério da Saúde. *Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil*. Brasília, 1995.

Ministério da Saúde. Relatório final da 3ª. Nacional de Saúde. Brasília, 1963. Em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf

Ministério da Saúde. Relatório final da 5ª. Nacional de Saúde. Brasília, 1975. Em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1121

Ministério da Saúde. Relatório final da 6ª. Nacional de Saúde.

Ministério da Saúde. Relatório final da 7ª. Nacional de Saúde. Brasília, 1986

Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, 1986. Em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

Ministério da Saúde. Relatório final da 9ª. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, Cadernos 1, 2, 3, 1992.

Ministério da Saúde. Relatório Final da 10ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1996. Em <http://www.datasus.gov.br/cns/REL10/cnsframe.htm>

Ministério da Saúde. Relatório final da 11ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000. Em <http://www.datasus.gov.br/cns/REL10/cnsframe.htm>

Ministério da Saúde. Relatório final da 12ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2004. Em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf

Ministério da Saúde/ Secretaria de Projetos Especiais de Saúde/ Coordenação Geral de desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Política de Recursos Humanos de Saúde: Agenda de Prioridades para a ação dos gestores do SUS. Brasília, 1995.

_____/ Secretaria de Projetos Especiais de Saúde/ Coordenação Geral de desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Agenda de Propriedades para a Política de Recursos Humanos na Gestão do SUS. Brasília, 1997.

_____/ REFORS. Relatório preparado para a missão do Banco Mundial. Brasília, 1997.

Ministério da Saúde/SGTES. 3ª. Conferencia de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, *Cadernos RH Saúde*, vol. 3, n. 1 (mar. 2006). Em <http://189.28.128.179:8080/cnsa/documentos-1/textos-orientador-convocatorio-tematico-e-textos-tecnicos/textos-tecnicos/13a-conferencia-nacional-de-saude-relatorio-final/view>

_____/ Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em saúde. Brasília, 2006.
OPAS/OMS. Regulação do trabalho em saúde. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos. Brasília, 1994.

OPAS/OMS. Perspectivas para a Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos no.5. Brasília, 1994.

OPAS/OMS. A saúde no Brasil. Brasília, 1998.

OPAS/ Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde. Avaliação de tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos em Saúde. Brasília, 2002.

OPAS/OMS. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. *Série Técnica Sistemas e Serviços de Saúde*. Brasília, 2003.

OPAS. Chamada à ação de Toronto. “2006-2015. Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas”, 2005.

OPAS/OMS. Salud em las Américas 2007. Em E:\Pesquisa FIOCRUZ\Pesquisa ACs\OPAS-BIRD\Salud en las Américas -OPAS.mht

OPAS/OMS. Agenda de Saúde para as Américas: 2008-2017. Em http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?lslsScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Agenda%20de%20Prioridades%20em%20Saúde&show_tree_number=T

3. Participação em congressos

3.1. Apresentação oral do texto “Calificación de los ‘Agentes Comunitários de Saúde””, apresentado no II Congreso de Tecnología de la Salud, realizado em Cuba, nos dias 23 a 29 de março do ano em curso.

Autores: Autores: Monica Vieira, Alda Lacerda, Anna Violeta Durão, Filippina Chinelli, Márcia Lopes, Márcia Valéria Morosini, Valéria Carvalho

Resumo: Tendo como pano de fundo as políticas de caráter neoliberal implementadas no país a partir do governo Collor de Mello (1990/1992), o texto analisa o surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente do Programa Saúde da Família (PSF), ambos os programas tendo como objetivo ampliar acesso à saúde, favorecer outra forma de organização da atenção à saúde e permitir uma maior integração dos serviços. Aborda o processo de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde, partindo do pressuposto de que esse processo aglutina de forma contraditória ao menos dois projetos distintos, não só no que diz respeito à formação dos ACS, como também no que se refere aos rumos do sistema de saúde brasileiro. Por um lado, o projeto da Reforma Sanitaria que tem como objetivo principal assegurar a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos; e, por outro, um projeto caracterizado por políticas focalizadas que se chocam com as necessidades e interesses da maioria da população brasileira.

3.2. Apresentação oral do texto “O processo de qualificação dos agentes comunitários de saúde” no XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, realizado no Rio de Janeiro entre os dias 28 a 31 de junho de 2009.

Autores: Autores: Monica Vieira, Alda Lacerda, Anna Violeta Durão, Filippina Chinelli, Márcia Lopes, Márcia Valéria Morosini, Valéria Carvalho

Resumo: O trabalho discute a gestão do trabalho e da educação dos Agentes Comunitários – os ACS - de saúde, questionando o processo de qualificação destes profissionais e o desenho que suas práticas vem tomando no SUS.

Inicialmente recupera em uma perspectiva histórica as políticas públicas que desenharam o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na década de noventa, no contexto da expansão do acesso à saúde no Brasil, para em seguida, a partir do conceito de qualificação, discutir criticamente a formação, o trabalho dos agentes comunitários de saúde e a forma como se materializam as práticas de saúde na ESF.

3.3. Apresentação oral do texto Gestão do trabalho e da educação na saúde: significados e disputas acerca do trabalho dos ACS no IX Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, realizado em Recife entre os dias 31 de outubro e 04 de novembro de 2009.

Autores: Monica Vieira, Alda Lacerda, Anna Violeta Durão, Filippina Chinelli, Márcia Lopes, Márcia Valéria Morosini, Valéria Carvalho

Este estudo é parte da pesquisa “Políticas de trabalho em Saúde e a Qualificação dos ACS: dinâmica e determinantes”, desenvolvida pelo Observatório dos Técnicos em Saúde da EPSJV/FIOCRUZ, com financiamento da RORHES. O objetivo é analisar as relações entre as políticas de trabalho e de educação na saúde e suas expressões na qualificação dos ACS, considerando que a criação da SGTES inaugurou na instância federal um espaço destinado à formulação de políticas voltadas para a gestão do trabalho e da educação na saúde, indo ao encontro de demandas tanto de gestores, quanto dos trabalhadores da saúde pública.

Além da revisão bibliográfica e exame de documentos, foram realizadas entrevistas com os principais sujeitos políticos envolvidos na formulação e implementação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde: representantes da SGTES/MS, DAB/MS, CONASS, CONASEMS e CONACS.

A partir das análises empreendidas foi possível constatar que a criação da SGTES explicitou no cenário nacional a relevância das questões relativas ao trabalho e à educação na saúde e deflagrou debates entre distintos sujeitos políticos coletivos sobre as concepções do trabalho e formação profissional. Nesse sentido, foi possível recuperar os significados e as disputas que atravessam o processo histórico de construção da relação trabalho-educação na saúde com ênfase no período que vai de 2003 a 2007. Permitiu,

ainda, perceber o caráter contraditório das mudanças introduzidas com a criação da SGTES no que até então era chamado de área de recursos humanos em saúde, com ênfase na formação profissional e regulamentação do trabalho dos ACS. Ou seja, apesar da “agenda positiva” voltada para a ampliação da formação profissional, o estabelecimento de carreiras no interior do SUS, a educação permanente, a negociação do trabalho, a desprecarização, entre outras questões, no caso específico dos agentes comunitários de saúde, essa agenda ainda não se concretizou. Em síntese, embora os documentos e falas dos entrevistados destaquem a necessidade de um olhar mais amplo sobre o trabalho e a educação na saúde, pouca ênfase é colocada nos determinantes sociais e econômicos que atravessam esse processo, frustrando as orientações da reforma sanitária brasileira.

4. Conclusão do estágio em nível de pós-doutorado de Márcia Lopes

Além do relatório final já encaminhado, o estágio resultou na elaboração do artigo “O trabalho do ACS: problematizando questões”, com vistas a futura publicação. Os dados empíricos foram coletados através de observação participantes e de entrevistas no município de Rezende, Rio de Janeiro.

Resumo: Após vinte anos de promulgação da legislação que criou o SUS, sua efetivação continua um grande desafio. Inserido em uma sociedade com um histórico elitista e segregador, o sistema público de saúde brasileiro reproduz as relações sociais hegemônicas, ainda que com importantes conquistas em relação à atenção em saúde oferecida em períodos anteriores em nosso país.

A grande expansão da ESF nos últimos anos representou um passo importante na ampliação do acesso à saúde no Brasil e disparou processos significativos no sentido de repensar a organização do trabalho em saúde. Entretanto, para a consolidação deste processo, assim como para a efetiva difusão de novas práticas sanitárias que propiciem o questionamento das relações sociais vigentes, é preciso problematizar as formas com que vem se materializando no cotidiano o projeto desenhado para as USF.

Nesse sentido, procuro discutir no presente texto o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Exaltada como o diferencial da ESF em relação ao modelo tradicional de atenção à saúde, a atuação dos ACS nem sempre se materializa como preconizado na legislação

específica. Mesmo trabalhando de forma diferenciada do conjunto dos profissionais de saúde devido a sua maior facilidade em escutar e compreender as demandas dos usuários percebe-se nos contatos mantidos com os agentes que eles tendem, muitas vezes, a reproduzir as formas de relação dominantes no sistema de saúde convencional.

Parece-me ponto fundamental desta discussão a atual política de gestão do trabalho e da educação para este profissional. Ainda que estes trabalhadores tenham conquistado o direito à vinculação direta às gestões municipais e a construção de um itinerário formativo que os habilita como técnico, a política do MS em relação aos ACS ainda carece de discussão e efetivo investimento. A valorização dos agentes enquanto profissionais de saúde - com salário e carreira compatíveis - e a oferta da formação técnica ampliando suas possibilidades de crítica e intervenção para além do que as pílulas de conhecimento biomédico que recebem, propiciariam não só uma atuação diferente destes profissionais, como os colocaria em novo patamar de reconhecimento social, ponto fundamental para a construção de um espaço para sua prática desvinculado da legitimação da biomedicina.

Evidentemente, esse processo por si só também não promove ruptura com as práticas instituídas. Essa ruptura não se conquista por medidas mágicas, mas na gradativa transformação das relações cotidianas. O que quer ressaltar aqui é a importância que essas políticas podem ter no favorecimento desta transformação, propiciando uma reconfiguração do lugar de fala e troca dos Agentes Comunitários de Saúde.

5. Revisão bibliográfica

A identificação e leitura de trabalhos pertinentes ao tema em questão atravessou todas as etapas de realização do estudo, subsidiando a elaboração do referencial teórico-metodológico do estudo e a redação dos textos apresentados nos eventos mencionados e a elaboração dos capítulos que integrarão o livro contendo os resultados finais da pesquisa.

Adusp. “Universidade pública e fundações privadas. Aspectos conceituais, éticos e jurídicos”. Disponível em: www.adusp.org.br/cadernos/fundação

Alves, A. M. de A. “Educação à distância e educação continuada”. *Revista Tecnologia Educacional*, n.89/90/91, 1989.

- Antunes, Ricardo. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho*. Editora Cortês, 3 edição, São Paulo, 1995.
- Arouca, Sérgio. *O dilema preventivista – contribuição para a compreensão e a crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- Arroyo, M. G. “Escola e trabalho: desafios e oportunidades na construção de uma política pública de formação profissional”. In: 1º fórum nacional do PROFAE: Construindo uma política pública de formação profissional em saúde. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2003
- Bahia, L. “Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre público e privado”. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2006.
- Baptista, Tatiana Wargas de Faria. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 23(3):615-626, mar. 2007.
- Barreto, M. As organizações sociais na reforma do Estado Brasileiro. In: Bresser Pereira, L.C.; Grau, N. C. (orgs.) *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro, FGV, 1999, pp. 107-150.
- Binenbijn, Gustavo. “Agências reguladoras independentes e democracia no Brasil”. *Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico*, no.3, agosto/setembro/outubro de 2005. Em <http://www.direitodoestado.com/revista/REDAE-3-AGOSTO-2005-GUSTAVO%20BINENBOJM.pdf>
- Braga, Ruy. *A nostalgia do fordismo. Modernização e crise da sociedade salarial*. São Paulo, Xamã, 2003.
- Bodstein R. e Souza R.G. “Relação público e privado no Setor Saúde:tendências e perspectivas na década de 90”. In Goldenberg, P; Marsiglia R.M e Gomes, M.H. (orgs). *O Clássico e o Novo*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.
- Boito, J. A. *Política neoliberal e sindicalismo no Brasil*. São Paulo, Xamã, 1999.
- Bourdieu, Pierre e Wacquant, Lois. *La nouvelle vulgate planétaire*. *Le monde diplomatique*, maio de 2000.
- Bourdieu, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*, São Paulo: Perspectiva, 1974.
- Bourdieu, Pierre e Passeron, Jean Claude. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves Editora, 1975.
- Boyer, Charles. *A teoria da regulação. Uma análise crítica*. São Paulo, Nobel, 1990.
- Brasil, Ministério da Saúde. “Recursos Humanos para as atividades de saúde”. *Anais da IV Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, 1967.

Braga, Ruy. *A nostalgia do fordismo. Modernização e crise na teoria da sociedade salarial*. São Paulo, Xamã, 2003.

Brasil/ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/ Secretaria da Reforma do Estado. Brasília, DF. *Caderno do MARE*. Organizações Sociais, 1997, Caderno 2.

Brasil/ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado*. Brasília: Presidência da República, Câmara de Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

Brasil, Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento do SUS. *Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília, 2003.

_____. Departamento de Gestão da Educação na Saúde: Elementos para a formulação de uma política para a formação dos profissionais de saúde. Brasília, mimeo.

_____. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, Relatório final. Brasília: 1986.

_____. "Recursos humanos para as atividades de saúde". *Anais da IV Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro, 1967.

Braverman, H. *Trabalho e capital monopolista*. Rio de Janeiro, Zahar, 1974.

Bravo, I. S. e Matos, M. C. "Reforma Sanitária e projeto ético político do serviço social: elementos para o debate". In Souza, Maria Inês et al. (orgs). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez/ Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

Britos, Nora. Trabajo social, trabajo de servicios. "Algunos problemas en la comprensión de los determinantes del trabajo profesional". Disponível em http://www.secyt.unc.edu.ar/Nuevo/proyectoscta_contenido.php?recordID=144

Camargo, José Márcio (org.) *Flexibilidade e Mercado de Trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1996.

Campos, G.W.S. "Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde". In Cecílio, L.C. de O. *Inventando a mudança na saúde*. São Paul, Hucitec, 1994. Capítulo 1:29-87.

_____. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*. São Paulo, Hucitec, 2000.

_____. *Saúde Paidéia*. São Paulo, Hucitec, 2003.

_____. “Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida”. In *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v.4, n.1, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006, p. 19-31.

Campos F.E.; Ferreira J.R.; Feuerwerker L. (e outros). Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2001;25(2):53-9.

Cardoso, Adalberto Moreira. *Trabalhar, verbo transitivo. Destinos profissionais dos deserdados da indústria automobilística*. Rio de Janeiro, Ed. FGV, 2000.

Correia, Maria Valéria Costa. Orientações do Banco Mundial à política de saúde brasileira: flexibilização da gestão e as fundações estatais.

Castro, Janete Lima de. *Protagonismo silencioso. A presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil*. Observatório de Recursos Humanos-UFRN/OPAS-OMS, 2008.

Carvalho, Celso. “A crise do capital e seus impactos nas reformas educacionais contemporâneas”. *Revista Possibilidades*. Publicação do NPM - Núcleo de Pesquisa Marxista. Ano 1, n. 3, Jan./Mar, 2005, pp 18-25.

Castel, R. *As metamorfoses da questão salarial. Uma crônica do salário*. Rio de Janeiro, Vozes, 1999.

_____. “As transformações da questão social”. In Vários. *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: EDUC, 1997

Castro, Nadya de Araujo e Guimarães, Antonio Sergio A. “Além de Braverman, depois de Burawoy. Vertentes analíticas na sociologia do trabalho”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, no. 17, Anpocs/Dumará, 1991.

Castro, Nadya de Araujo. “Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna”. In Machado, L. et al. *Trabalho e Educação*, Campinas, Papyrus/Cedes/Anped, 1992.

Cattani, Antonio David. A teoria do capital humano. *Século XXI*, 01/03/2002. Em www.multirio.rj.gov.br/sec21/chave_artigo.asp?cod_artigo=223

Ciavatta, Ma. A. “Formação profissional para o trabalho incerto: um estudo comparativo Brasil, México e Itália”. In Frigotto, Gaudêncio (org.). *Educação e crise do trabalho. Perspectivas de final de século*. Petrópolis, Vozes, 1998.

Ceccim, R.B. & Feuerwerker, L. "O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social". *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.14, n.1. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <http://www.scielo.org>

Ceccim, R.B. & Ferla, A.A. "Educação Permanente em Saúde". In *Dicionário de educação profissional em saúde*. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro, EPSJV, 2006. pp. 107-112.

Codo, W. *Educação: carinho e trabalho*. Rio de Janeiro, Vozes 1999.

Cohn, A. "O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde". *Saúde e Democracia*. Rio de Janeiro, Abrasco, 2005.

Cordeiro, H. de A. "As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica". Rio de Janeiro, Editora Graal, 1984.

Costa N.R. e Melo, M.A. "Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social. As estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde". In *Planejamento e Políticas Públicas*. IPEA, Junho/Dezembro de 1994.

Cunha, Marize. *Movendo-se no desencontro: uma leitura sobre o campo de ação das classes populares em tempos capitalistas*. Gestão Comunitária: Instituto de Investigação e Ação Social Disponível em <http://www.anped.org.br/reunioes/25/excedentes25/marizebastosdacunhat06.rtf>

Dagnino, E. *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

Dain, S.; Favoretto, Cesar A.; Caetano, Rosângela. Elementos Tecnoassistenciais na análise da atenção básica à saúde em grandes cidades no Brasil. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. Ciência e Saúde Coletiva Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 2003. v. 8. p. 117-119.

Davini, M. C. et alli. *Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Série Desarrollo de Recursos Humanos n. 86, 1990.

Deluiz, Neise. "Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho". In *Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência*. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, 2001.

_____. "O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na Educação: implicações para o currículo". *Boletim Técnico do SENAC*. Número especial, março de 2001.

_____, Torrez, M., Ramos, M. et al. *Referências conceituais para a organização do sistema de certificação de competências/PROFAE*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão de Investimento em Saúde/PROFAE, 2000.

_____. “A globalização econômica e os desafios à formação profissional”. *Boletim Técnico do SENAC*, v.22, no. 2, maio/ago., 1996.

Dejours, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1999.

Donnangelo, M. C. e Pereira. L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

Donnangelo, Maria Cecília Ferro. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

Escorel, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulações do movimento sanitário*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998.

Entrevista Tereza Ramos para a *Revista Trabalho, Educação e Saúde* v.5, n.2, julho 2007.

Facchini L.A. (e outros). “Monitoramento e avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família: relatório final”, Pelotas: UFPel 2006b. Disponível em <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm>

Faveret, P.F e Oliveira. A, P.J. “A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde”. *Dados*, v.33 (2): 257-283, 1990.

Ferreira, N. S. C. “Formação Continuada e gestão da educação no contexto da cultura globalizada”. In Ferreira, N.S.C. (org). *Formação continuada e gestão da educação*. São Paulo, Cortez, 2003.

Fiori, J. L. “Consenso de Washington, construção da matriz neoliberal e América Latina”. Rio de Janeiro: CCB/FEBRAE, 1996 (Transcrição de palestra).

_____. “Neoliberalismo e políticas públicas; Globalização e Democracia; O novo papel do Estado frente à globalização”. In Fiori, J. L. (org). *Os moedeiros falsos*. Vozes, Petrópolis, 1997, p.201-239.

Ferretti, C. J. “Considerações sobre a apropriação das noções de qualificação profissional pelos estudos a respeito das relações entre trabalho e educação”. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 401-422, 2004.

Ferretti, C. J. “Empresários, trabalhadores e educadores: Diferentes olhares sobre as relações trabalho educação no Brasil nos anos recentes”. In Claudinei, J, Saviani, D. e Sanfelice, J.L. (orgs). *Capitalismo, Trabalho e Educação*. São Paulo, Autores Associados, 2002.

Fleury, S. “Contra-reforma e resistência”. In Rocha, D. e Bernardo M. (orgs.). *A era FHC e o Governo Lula: Transição?* Brasília, Instituto de Estudos Sócio Econômicos, 2004.

Fontes, V. “Sociedade Civil no Brasil Contemporâneo: Lutas Sociais e Luta teórica”. In Lima, J. F. e Neves L. W. (orgs). *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

Freire, P. e Faundez, A. *Por uma pedagogia da pergunta*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.

Frigotto, Gaudêncio. “Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito”. In Frigotto, G. *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século*. (org.), Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. *A produtividade da escola improdutiva*. São Paulo, Cortez, 1984.

Gentili, P. “Três teses sobre a relação trabalho educação em tempos neoliberais”. In Claudinei, J. Saviani, D. e Sanfelice, J. L. (orgs.). *Capitalismo, Trabalho e Educação*. São Paulo, Autores Associados, 2002.

_____. “Três teses sobre a relação trabalho educação em tempos neoliberais”. In Claudinei, J.; Saviani, D. e Sanfelice, J. L. (orgs.). *Capitalismo, Trabalho e Educação*. São Paulo, Autores Associados, 2002.

_____. “Educar para o desemprego: A desintegração da promessa integradora”. In Frigotto, G. (org.). *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século*, Petrópolis, Vozes, 1998.

Geuss, R. *Teoria crítica: Habermas e a Escola de Frankfurt*. Campinas, Papyrus, 1998.

Giddens, A. *A terceira via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia*. 4 ed. Rio de Janeiro, Record, 2001.

Gonçalves, R. B. M. “Práticas de Saúde: processo de trabalho e necessidades”. São Paulo, *Cadernos Cefor*. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1992.

_____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994.

Gorz, A. *Entrevista com André Gorz: O fim do trabalho assalariado*. Navegações, 1999.

Gouveia, R. e Palma, J. J. “SUS: na construção do neoliberalismo e da exclusão social”. In Dossiê Saúde Pública, *Estudos Avançados*, Universidade de São Paulo, 1987.

Habermas, J. *Entrevista J. Habermas ao Le Monde*. São Paulo, Ática, 1990.

Haddad, J. Q. et al. “Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas”. In Haddad, Jorge Q. et al. (orgs.). *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington D.C.: OPS (Serie Desarrollo Recursos Humanos nº 100.), 1994.

Haddad, S. “Educação continuada e as políticas públicas no Brasil”. In Ribeiro V. M. (org.) *Educação de jovens e adultos: novos leitores, novas leituras*. São Paulo, Mercado das Letras, 2001.

Hayek, F. *O Caminho da Servidão*. 5. ed. Rio de Janeiro, Instituto Liberal, 1990.

Harvey, D. *A Condição Pós Moderna*. São Paulo, Loyola, 1999.

Hirata, Helena. "Os mundos do trabalho: convergência e diversidade num contexto de mudança dos paradigmas produtivos". In Casali, Alípio et al. (orgs.) *Emprego e educação. Novos caminhos no mundo do trabalho*. São Paulo, Educ, Rhodia, 1977.

_____. "Da polarização das qualificações ao modelo de competência". In Ferretti, C. et al. *Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar*. Petrópolis, Vozes, 1994.

_____. "Vida reprodutiva e produção: família e empresa no Japão". In Vários. *O sexo do trabalho*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

Kuenzer, Acácia. *As propostas de decreto para a regulamentação do ensino médio e da educação profissional: Uma análise crítica*. Curitiba [s. ed], 2004.

_____. "Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho". In *Trabalho, Educação e Saúde*, Fiocruz, 2004.

_____. "Exclusão includente e inclusão excludente: A nova forma de dualidade estrutural que objetiva as novas relações entre educação e trabalho". In Claudinei, J; Saviani, D. e Sanfelice, J. L. (orgs). *Capitalismo, Trabalho e Educação*. São Paulo, Autores Associados, 2002.

_____. *Pedagogia da fábrica: As relações de produção e a educação do trabalhador*. São Paulo, Cortez, 2002.

Laranjeira, Sonia. "Reestruturação produtiva nos anos 90: aspectos do contexto internacional no setor de serviços". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 1997.

Leite, Márcia de Paula; Posthuma, Anne C. "Reestruturação produtiva e qualificação: reflexões iniciais". Campinas, julho de 1995, (mimeo).

Lessa, Sergio. "História e Ontologia: a questão do trabalho". *Crítica Marxista*, CEMARX/Unicamp, v. 20, p. 70-89, 2005.

Levcovitz, Eduardo. "Da descentralização político-administrativa à organização de redes integrais de serviços. Desafio do novo milênio para a consolidação do SUS no Brasil". In Congresso da Associação Latina de Análise de Sistemas de Saúde 2000, 2000, Porto. Epístula ALASS. Barcelona: ALASS, 2000. v. 2000.

Lima, J. C. F. Tecnologias e a educação do trabalhador em saúde. In Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). *Formação de pessoal de nível médio para a saúde: Desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

_____. "PROFAE : uma política pública de qualificação profissional em saúde", (mimeo).

Lima, K. R. de S. e Martins, A. S. "Pressupostos Princípios e Estratégias". In Neves, L. M. W. (org). *Pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. Rio de Janeiro: Xamã, 2005.

Machado, Cristiani Vieira; Lima, Luciana Dias; Baptista, Tatiana Vargas de Faria. "Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde". In *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema único de saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

Machado, L. R. de S. "Formação geral e especializada. Fim da dualidade com as transformações produtivas do capitalismo? *Revista Brasileira de Educação*, nº0, 1995.

_____. "Qualificação do trabalho e relações sociais". In Fidalgo, F. (org.) *Gestão do trabalho e formação do trabalhador*. Belo Horizonte, Movimento de cultura marxista, 1996.

_____. "Educação básica, empregabilidade e competência". *Trabalho e Educação*, Belo Horizonte, no. 3, jan./jul.1998.

_____. "Qualificação do trabalho e relações sociais". In Fidalgo, F. (org.), *Gestão do trabalho e formação do trabalhador*. Belo Horizonte, Movimento de Cultura Marxista, 1996.

Machado da Silva, Luiz Antonio. "*Trabalhadores do Brasil: virem-se*". *Revista Inteligência*, ano I, nº. 5, 1999.

Manfredi, Silvia. "Trabalho, qualificação e competências. Das dimensões conceituais e políticas". *Educação & Sociedade*, vol. 19, n. 64, 1999.

Markert, Werner. "Trabalho e comunicação: reflexões sobre um conceito dialético de competência". *Educação & Sociedade*, ano XXIII, n. 79, Agosto/2002, páginas 179-211.

Marques, C. M. "Certificação de competências profissionais: o que o PROFAE está pensando e fazendo". *Formação*. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, v.1, n.2, 2001.

_____. "Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde". *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13. Em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500028&script=sci_arttext&lng=pt

Marx, Karl. *O Capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1996.

Mattos, Rubem Araújo de. "As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama da oferta de idéias". *Ciência & Saúde Coletiva*, no. 6, 2001.

Menicucci, Telma Maria Gonçalves. "O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7):1620-1625, jul, 2009.

MEC/MS. *Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, 2004.

Meiksins, Peter. "Trabalho e capital monopolista para os anos 90: uma resenha crítica do debate sobre o processo de trabalho". *Crítica Marxista*, São Paulo, Brasiliense, vol. 1, nº 3, 1996.

Mello, G. N. de. *Competitividade: desafios educacionais do terceiro milênio*. São Paulo, Cortez, 1992.

Mendes, E. V. "As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal". In Mendes, E.V.(org). *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/ Rio de Janeiro, Hucitec, Abrasco,1994.

Merhy, E. E. "Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde". In Merhy, E.E; Onocko, R. (orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, 1997, 71-112.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec, 2002, 189 pp.

Misoczky, Maria Ceci Araujo. "O Banco Mundial e a reconfiguração do campo das Agências Internacionais de Saúde: uma Análise Multiparadigmática". *Anais do Encontro de Estudos Organizacionais*, Recife: Observatório da Realidade Organizacional: PROPAD/UFPE : ANPAD, 2002.

Montaño, C. *Terceiro setor e questão social. Crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo, Cortez, 2003.

Morosini, Márcia Valéria; Guimarães, Cátia; Corbo, Anamaria. "O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional". *Trabalho, educação e saúde*, v. 5 n. 2, p. 261-280, 2007.

Motta, J. I. et al. "Educação Permanente em Saúde". *Olho Mágico*, v. 9, n. 1. Londrina, 2002.

_____. *Educação permanente em saúde: Da política do consenso à construção do dissenso*. Dissertação de mestrado, Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro,1998.

Neves, L. M. W. "A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia". In L. M. W. Neves (org). *Pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. R.J, Xamã, 2005.

Nunes, Mônica de Oliveira et al. "O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6):1639-1646, nov-dez, 2002.

Nunes, Edson de Oliveira (coord. et al.) *Agências reguladoras e reforma do Estado no Brasil: inovação e continuidade no sistema político institucional*. Rio de Janeiro : Garamond, 2007.

Nunes, Tania Celeste Matos. “A história, a saúde pública e a cooperação técnica: antigos nexos e novos desafios do mundo globalizado”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3): 830-839, 2008.

Offe, Claus. *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1991.

Paiva, V. “Desmistificação das profissões: Quando as competências reais moldam as formas de inserção no mundo do trabalho”. *Contemporaneidade e Educação*, IEC, nº 1, 1997.

Paiva, Carlos Henrique Assunção. *A organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-70)*, 2004.

_____. *Empresariado industrial e educação brasileira: qualificar para competir?* São Paulo, Cortez Editora, 2005.

Peduzzi, M. “Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde”. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 1, nº 1, 2003

Pereira, Bresser L. C. “A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle”. *Cadernos do MARE da Reforma do Estado*, Brasília, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

Pereira, Bresser, L. C.; Grau, N. C. (orgs.) *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro, FGV, 1999.

Pereira, I. B. “A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde”. Programa de Estudos Pós-Graduação em Educação: História Política e Sociedade. PUC, São Paulo.

Perelman, C. *Retóricas*. São Paulo, Martins Fontes, 1999.

Pessoto, Uberto Catarino. *As políticas de ajuste para a América Latina e Caribe da Organização Pan-americana de Saúde e do Banco Mundial. Uma análise dos documentos e seus discursos*. Dissertação de mestrado, Programa de Integração da América Latina, Universidade de São Paulo, 2001.

Pierro Di, M. C., et al. “Visões da educação de jovens e adultos no Brasil”. In *Cadernos Cedes*, novembro, 2001.

Pierucci, Lucirleia Alves Moreira. *A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a difusão do ideal da medicina preventiva*. *Revista Espaço Acadêmico*, nº 95, abril de 2009. Em <http://www.espacoacademico.com.br/095/95pierucci.pdf>

Pinheiro, Jair. "Parceria e terceirização: transferência de responsabilidade sobre os serviços sociais". Comunicação apresentada ao 8º Congresso Estadual dos Sociólogos, São Paulo, PUC-SP, outubro de 1995.

Perrenoud, P. "A formação dos professores no século XXI". In Perrenoud, P.; Thurler, M. G. (orgs.). *As competências para ensinar no século XXI*. Porto Alegre, Artmed, 2002.

Ponchirolli, Osmar. A importância do capital humano na gestão estratégica do conhecimento sob a perspectiva da teoria do agir comunicativo. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

Possas, C. de A. *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.

Pires, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo, AnnaBlume; 1998.

Oliveira, Ramón. *Empresariado industrial e educação brasileira: qualificar para competir?* São Paulo, Cortez Editora, 2005.

Ramalho, José Ricardo. "Controle, conflito e consentimento na teoria do processo de trabalho: um balanço do debate". *BIB*, Rio de Janeiro, no. 32, 1991.

Ramos, Marise Nogueira. "Conceitos básicos sobre o trabalho". In *O Processo Histórico do trabalho em saúde*. Coleção Educação profissional e docência em saúde: A formação e o trabalho do agente comunitário de saúde (Livro 5).

Ramos, Marise N. "É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo". *Trabalho, Educação e Saúde*, no.1, 2003.

_____. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo, Cortez Editora, 2001.

Ribeiro, Edilza Ma.; Pires, Denise; e Blank, Vera Lúcia G. "A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa de Saúde da Família". *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, no. 2, Rio de Janeiro, março/abril 2004.

Ribeiro, E. M. et al. "A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família". *Cadernos de Saúde Pública*, vol.20, nº 2, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org>.

_____. e Motta, J. I. J, "Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde". NUTES/UFRJ, mimeo, s/d.

Ribeiro, S. C. "A Educação e a inserção do Brasil na modernidade". *Caderno de Pesquisa*, 1992.

Ribeiro, Ricardo Alaggio. "A Teoria da modernização, a Aliança para o Progresso e as relações Brasil-Estados Unidos". *Perpectivas*, São Paulo no.30, 2006.

Rizzotto, M. L. F. O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: Um projeto de desmonte do SUS. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2000.

Rodrigues, José dos Santos. *O moderno príncipe industrial: o pensamento pedagógico da Confederação Nacional da Indústria*. 1a. ed. Campinas: Autores Associados, 1998.

_____. "Da teoria do capital humano à empregabilidade: um ensaio sobre as crises do Capital e a Educação Brasileira". *Trabalho e Educação*, Belo Horizonte, nº 2. 1997.

Rosso, S. D. "Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde". In *Trabalho , Educação e Saúde*, v. 4, n. 1, p. 65-91, 2006.

Sader, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-80*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.

Sampaio, Elias Oliveira de. Regulação econômica e políticas públicas. Uma contribuição teórica para releitura das políticas de desenvolvimento para o nordeste do Brasil (1969-2001). Tese de doutorado. Universidade Federal da Bahia, 2003.

Santana, José Paranaguá de e Castro, Janete Lima de. "CADRHU, a história de um projeto". In *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em saúde – CADRHU*. Ministério da Saúde/ OPAS representação Brasil/ UFRN-NESC, Natal, 1999.

Santana, José Paranaguá. "Apresentação". In OPAS-Representação Brasil/OMS. *Perspectivas para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde*", 1994.

Silva e Silva, Maria Ozanira da. "Editorial". *Revista Katálisis*. Florianópolis v.12 n.1 p.11-12 jan./jun. 2009. Em <http://www.scielo.br/pdf/rk/v12n1/02.pdf> <http://www.scielo.br/pdf/rk/v12n1/02.pdf>

Santana, Marco Aurélio. "O mundo do trabalho em mutação. As reconfigurações e seus impactos". *Cadernos IHU Idéias*, no. 34, 2005

Santos, Aparecida Tiradentes. "Teoria do Capital Intelectual e Teoria do capital Humano: Estado, capital e trabalho na política educacional em dois momentos do processo de acumulação". Trabalho apresentado à 27ª. Reunião da ANPED, Caxambu, novembro de 2004.

Schaff, A. *A sociedade da informática*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1990.

Shiroma, Eneida Oto e Campos, Roselane Fátima. "Qualificação e reestruturação produtiva: um balanço das pesquisas em educação". *Educação e Sociedade*, 1997, v. 18, n. 61, pp. 13-35.

Saviani, D. *A nova lei da educação: trajetória, limites e perspectivas*. Campinas, Autores Associados, 1999.

Sennet, R. *A corrosão do caráter. Conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. São Paulo, Record Editora, 1999.

Silva, L. M. V. & Hartz, Z. M A. *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil. Relatório Final*. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, mimeo, novembro de 2002.

Silva, A. J. e Dalmaso, A. S. "Agente Comunitário de Saúde: O ser, o saber, o fazer". Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.

Silva, Joana Azevedo da; Dalmaso, Ana Sílvia W. *Agente Comunitário de Saúde: o Ser, o Saber, o Fazer*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz.

Silva Junior, A. G. *Modelos Tecnoassistenciais em saúde: O debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo, Hucitec, 1998.

Souza, A. M. de A. et al. "Processo Educativo nos Serviços de Saúde". Série Desenvolvimento de Recursos Humanos nº 1, Brasília, 1991.

Souza, Donaldo Bello de; Santana, Marco Aurélio e Deluiz, Neise. *Trabalho e educação: centrais sindicais e reestruturação produtiva no Brasil*. Rio de Janeiro, Quarter, 1999.

Souza, Luciene Maria de. "As interfaces entre trabalho – educação e as possibilidades de uma verdadeira emancipação humana. Uma proposta de educação para 'além do capital'". Disponível em http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada8/txt_compl/Luciene%20Souza.doc

Stotz, Eduardo Navarro. "A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980". *Trabalho, Educação e Saúde*, v.3, n.1, p.9-30, 2005.

Tartuce, Gisela L. B. Pereira. Tensões e intenções na transição escola-trabalho: um estudo das vivências e percepções de jovens sobre os processos de qualificação profissional e (re)inserção no mercado de trabalho na cidade de São Paulo. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo, 2007.

_____. O que há de novo no debate da "qualificação do trabalho"? Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville. Dissertação de mestrado. FFLCH – USP, fevereiro 2002.

Teixeira, S. M. F. et al. *Antecedentes da Reforma Sanitária*. São Paulo, ENSP, 1998.

UNESCO. *Declaração de Hamburgo. Agenda para o futuro*. V Conferência sobre Educação. Alemanha, 1997.

Valle, Rogério e Wachendorfer, Achim (orgs.). *Mercado de trabalho. Obstáculos institucionais à produtividade*. São Paulo, Marco Zero, 1996.

Viana, A. L. D. “As políticas de Saúde nas décadas de 80 e 90: O (longo) período de reformas”. In In A. M. Canesqui (org.). *Ciências Sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo, Hucitec, Fapesp, 2000.

Viacava, Francisco; Fausto, Márcia et al. “Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):711-724, 2004.

Vieira, Adriane e Garcia, Fernando Coutinho. “Qualificação do Trabalhador e Reestruturação Produtiva na FIAT Automóveis: um estudo comparativo nas plantas industriais de Cassino (Ita) e Betim (Br)”. Em <http://anpad.org.br/enanpad/1999/dwn/enanpad1999-rh-17.pdf>

Vieira, Monica; et al. “A Política de Educação Permanente em Saúde: uma análise a partir de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde”. In Pereira, I. B. e Dantas, A. V. (orgs). *Estudos de Politecnia e Saúde*, v. 3, Rio de Janeiro, EPSJV, 2009.

Zarifian, Philippe. “Organization qualificante et capacité de prise de décision dans l'industrie”. [S. l.: s. n.], 1990, mimeo.

_____. *Objetivo Competência: Por uma Nova Lógica*. São Paulo, Editora Atlas, 2001.

7. Roteiro/resumo dos capítulos

Os roteiros/resumos apresentados a seguir têm caráter preliminar.

• Capítulo 1. Disputas e consensos acerca das relações de trabalho e das políticas de formação da força de trabalho em saúde

1. Introdução

2. Os trabalhadores da saúde na década de 1980: entre as perdas econômicas e os ganhos políticos

2.1. A crise econômica e a redemocratização

2.2. A OPAS e a formação dos trabalhadores da saúde

2.3. A 8ª. Conferência Nacional de Saúde, a Constituição de 1988 e a reorientação da formação dos trabalhadores em saúde

3. A regulação e a gestão do trabalho e dos trabalhadores da saúde e as políticas sociais regressivas dos governos FHC

3.1. As diretrizes dos organismos financeiros internacionais e os trabalhadores dos SUS

3.2. A reconfiguração do Estado e a tentativa à francesa de regulação na saúde

3.3. Plano Diretor da Reforma do Estado e a regulação na saúde

3.4. Os governos FHC, a regressão do SUS e a ênfase no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família

3.5. Os trabalhadores do SUS na 11ª. Conferência Nacional de Saúde

4. A gestão e regulação da formação e do trabalho dos Agentes comunitários de saúde e a criação da SGTES

4.1. Reestruturação do Ministério da Saúde

4.2. A 12ª. Conferência Nacional de Saúde

4.3. A criação da SGTES: mudança, em que direção

● **Capítulo 2. O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde**

1. Introdução

2. Das qualificações às competências para a empregabilidade

3. O conceito de competência e área de saúde: afinidades eletivas?

4. Um conceito multideterminado de qualificação para a formação para o trabalho em saúde

● **Capítulo 3. Os ACS e o conceito de comunidade nos principais marcos históricos de sua qualificação**

Considerada como um dos pontos principais da política de saúde do Estado brasileiro, a Estratégia Saúde da Família se estrutura fundamentalmente a partir do trabalho dos ACS. Na discussão acadêmica e política sobre a qualificação destes trabalhadores destaca-se o papel que desempenham como elo entre o serviço de saúde e a comunidade. Essa mediação entre dois pólos acaba por suscitar visões contraditórias que ora destacam o seu potencial comunitário, ora a importância de sua maior vinculação com as políticas de Estado.

O objetivo deste trabalho é analisar o processo de qualificação dos ACS a partir do exame dos diferentes sentidos conferidos aos conceitos de Comunidade e Estado que se transfiguram de acordo com as relações sociais em disputa.

Para tanto, foi feita uma pesquisa bibliográfica problematizando o sentido dado a esses termos em diferentes momentos das políticas de saúde no Brasil, desde os anos 1970 até a atual proposição da ESF, o que permitiu tomar em uma perspectiva histórica o movimento de construção da política de qualificação dos ACS. A esse procedimento agregou-se o exame da legislação pertinente e a realização de entrevistas com os principais sujeitos políticos envolvidos na proposição e implementação de tais políticas.

Capítulo 4. O modo de produzir a saúde e a qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde

O capítulo discute o processo de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) partindo do pressuposto de que a qualificação se constitui em campo de disputa entre concepções de trabalho, saúde e formação profissional. Tais concepções expressam distintos projetos políticos que se encontram na base de diferentes modelos de assistência à saúde e que denotam concepções divergentes acerca do modo de produzir saúde.

A qualificação é uma arena política na qual estão em disputa credenciais que conferem reconhecimento e asseguram o acesso a mediação e compreensão das relações sociais e técnicas capazes de explicar as circunstâncias pelas quais um grupo profissional alcança reconhecimento social (MACHADO, 1996:16).

Neste sentido, buscar-se-á entender o processo de qualificação dos ACS na trama das relações políticas e técnicas presentes na dinâmica social. Para tanto, parte-se da análise das entrevistas realizadas nesta pesquisa com os sujeitos políticos coletivos fundamentais nas disputas acerca dos direcionamentos políticos que vem caracterizando o processo mencionado.

Trata-se de compreender estas diferentes concepções à luz: 1) das múltiplas determinações que constituem a totalidade orgânica do modo de produção da existência social, em circunstâncias socio-históricas concretas, erigida por contradições que perpassam a luta pelo desenvolvimento e consolidação de distintos projetos políticos de sociedade; 2) das implicações para o modo de produzir a saúde e 3) dos sentidos do trabalho, da formação e da construção do reconhecimento social dos ACS.

Anexo 1

PENSANDO EL TRABAJO DE LOS ACS

*Anna Violeta Durão, Alda Lacerda, Filippina
Chinelli, Marcia Raposo Lopes, Marcia Valéria
Morosini, Monica Vieira e Valéria Carvalho**

Este trabajo se ocupa del proceso de calificación de los Agentes Comunitarios de Salud – los ACS –, partiendo de la suposición de que la calificación se constituye en campo de disputa entre concepciones de trabajo, salud y formación profesional. Tales concepciones expresan distintos proyectos políticos que se encuentran en la base de diferentes modelos de asistencia a la salud, principalmente en lo que se refiere a aquellos dirigidos a las poblaciones más pobres del país. Para tanto, se procede inicialmente a una breve retomada del surgimiento de ese trabajador en el contexto de la creación del Sistema Único de Salud – SUS – por la Constitución de 1988 que, al menos en cuanto proyecto, rompió con la lógica de la ciudadanía regulada (1979)² que hasta entonces informara el acceso selectivo a la previdencia social y a los servicios públicos de salud, instituyéndolos en cuanto derecho.

Los agentes comunitarios de salud y la implantación del SUS

El derecho a la salud como deber del Estado en Brasil fue conquistado hace apenas dos décadas, como resultado de un largo proceso de luchas sociales que en el contexto de la resistencia al autoritarismo y del proceso de redemocratización del país, configuró el movimiento de la Reforma Sanitaria. Ese movimiento creó las condiciones de posibilidad para que la salud fuese incorporada al orden constitucional en cuanto deber de Estado y derecho de todos los ciudadanos brasileños, a través de la institución del SUS. En ese sentido, el movimiento sanitario y el SUS

“No fueron creados por el estado brasileño, por gobiernos, ni por partidos. Por lo tanto, el SUS es una conquista histórica del pueblo, pudiendo ser considerado la mayor política pública generada de la sociedad y que llegó al Estado por medio de los poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial” (Paim, 2008:96).

La universalización de ese sistema, ya en el inicio de los años 1990, se muestra un gran desafío. En especial porque, con la elección de Fernando Collor de Mello, el proyecto neoliberal se torna hegemónico. De ahí en adelante, el país es sometido a toda suerte de ajustes dictados por los organismos financieros internacionales, produciendo la reconfiguración del Estado y la focalización de las políticas sociales, implementadas con la fuerte presencia de trabajo conjunto público-privado.

El impacto del ideario neoliberal en el campo de las políticas sociales fue profundo. En lo que se refiere específicamente a la salud, las dos últimas décadas se caracterizaron

* Profesoras e investigadoras de la Escuela Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz – Rio de Janeiro/Brasil.

² El concepto de ciudadanía regulada se refiere a la estrategia selectiva y jerarquizada de acceso a los derechos sociales, siendo ciudadanos “todos aquellos miembros de la comunidad que se encuentran localizados en cualquier una de las ocupaciones reconocidas en la Ley” (Santos, 1979:75).

por la continuidad de la escasez de inversiones públicas y por la dependencia de recursos externos, principalmente del Banco Mundial, que pasó a tener un papel central en la definición de las prioridades a ser atendidas. En ese cuadro, la construcción del SUS queda comprometida y muchas de las medidas que fueron tomadas, estaban en consonancia con las proposiciones de las agencias financiadoras, centradas en el alivio de la pobreza como condición indispensable al equilibrio del sistema capitalista mundial.

En esa perspectiva y pautándose en los resultados exitosos del Programa de Agentes de Salud de Ceará, implantado en 1987, el gobierno Collor de Mello crea el Programa Nacional de Agentes Comunitarios de Salud (PNACS)³ en 1991 con el objetivo de disminuir las mortalidades materna e infantil en las áreas más pobres, concentrándose principalmente en las regiones Norte y Nordeste. Esa experiencia apuntó la relevancia del trabajo de los ACS para los servicios básicos de salud en los municipios y los buenos resultados alcanzados contribuyeron de forma decisiva para la creación, en 1994, del Programa Salud de la Familia – PSF – que insirió a los ACS en un equipo de salud compuesto también por médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería.

En 1997, en pleno curso de las reformas de orientación neoliberal, el Programa de Salud de la Familia dejó de restringirse a las regiones mencionadas siendo reconfigurado como una estrategia dirigida hacia la remodelación del sistema de atención a la salud en su conjunto, pasando, por eso mismo, a ser denominado Estrategia Salud de la Familia - ESF⁴.

Vale destacar que esa reorientación del modelo de asistencia, al consolidarse en el área de la salud en Brasil, aglutina de forma contradictoria al menos dos proyectos diferenciados y en disputa cuanto a los rumbos del sistema de salud. De un lado, el Proyecto de la Reforma Sanitaria que tiene como objetivo principal asegurar la salud como deber del Estado y derecho de todos los ciudadanos; de otro, el proyecto que viene siendo implementado más ampliamente desde la década de 1990, caracterizado por el ofrecimiento, a costos reducidos, de bienes públicos de salud apenas con el intuito de mitigar la pobreza.

Así, del punto de vista gubernamental, la ESF se estructura en el sentido de propiciar

“la reorganización de la práctica asistencial en nuevas bases y criterios, en substitución al modelo tradicional de asistencia, orientado hacia la cura de enfermedades en el hospital. La atención está centrada en la familia, entendida y percibida a partir de su ambiente físico y social, lo que viene haciendo posible a los equipos de Salud de la Familia una comprensión ampliada del proceso salud/enfermedad y de la necesidad de intervenciones que van más allá de prácticas curativas” (Brasil, Ministerio de Salud, apud Silva & Dalmaso, 2002:59).

En ese sentido, busca romper con el modelo hospitalario que se caracteriza por una visión de salud restringida, entendida en el sentido curativo de la enfermedad. Contraponiéndose a él, la ESF resalta la importancia de comprenderse la salud en su

³ Este programa posteriormente pasa a ser denominado Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS)

⁴ En 2007, había aproximadamente 107 millones de personas acompañadas por más de 211.000 Agentes Comunitarios de Salud, actuando en 5,3 mil municipios brasileños. En: - <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>

sentido más amplio, es decir, como un derecho a una vida saludable, inserida en la estructura social que la rodea. El centro de la atención se amplía del individuo para la familia, actuando en el sentido de prevención de la enfermedad. De esa manera, enfoca su intervención en la atención básica⁵, busca ampliar el acceso al Sistema Único de Salud y busca asegurar una mayor integralidad del atendimento.

Entretanto, algunos autores (Rizzotto, 2000; Silva, 2008) vienen resaltando que la ESF puede ser entendida como una política direccionada a grupos en estado de pobreza, es decir, como respuesta a las nefastas consecuencias de los ajustes de recorte neoliberal sobre la vida de la mayoría de la población brasileña. De esa perspectiva, la implantación del programa constituiría una forma de racionalizar los recursos del Estado destinados a los segmentos sociales que no atraen el interés de la iniciativa privada.

Montaño (2003:174), reflexionando sobre el énfasis dado por las políticas sociales a las acciones orientadas hacia la vida en familia y a la participación de la/en la comunidad, se cuestiona: “¿Qué tipos de familia y comunidad serían posibles, constituidas por desempleados?”. De cierta forma, la inserción de los ACS en la ESF representa una respuesta del poder público a la indagación del autor, pues crea una actividad remunerada dentro de las comunidades, ocupada, principalmente, por mujeres que se encuentran en condición de desempleo, siendo ellas las responsables por diseminar al restante de la población, acciones educativas para el enfrentamiento de los más diversos problemas, inclusive los de salud, incentivando la auto organización, el auto cuidado, etc. En esa perspectiva, la actuación de los ACS puede ser entendida como resultante de la orientación imprimida por el Estado en el sentido de la construcción de valores éticos y morales del "nuevo" ciudadano colaborador que, frente a la retracción de las inversiones en las políticas sociales, pasa a ser incentivado a actuar local y contingencialmente en la solución de problemas sanitarios (Neves et al., 2005).

Señalados como el diferencial de la nueva lógica de atención, los Agentes Comunitarios de Salud se tornan protagonistas de este proceso visto que actúan como mediadores entre la “comunidad”, la ESF y el SUS. Ellos han sido, por eso mismo, objeto de intensa discusión no solamente en el ambiente académico y en el ámbito de las instancias pertinentes de los tres niveles de gobierno, sino también en sus propios órganos de representación política. El debate se desarrolla en torno de la naturaleza del trabajo ejercido por el ACS – ambigua o *sui generis* para algunos autores (Nogueira et al, 2000) y articula, entre otras cuestiones, la relación de trabajo, la formación profesional y el pertenecimiento social de los agentes. Sin perder de vista tal articulación, las páginas que se siguen presentan una reflexión sobre el proceso de calificación del ACS, buscando contribuir para la superación de su desvalorización social, lo que se contrapone a la pauta política por una mejor calificación de los trabajadores de la salud, de una manera general" (Morosini et al., 2007).

La calificación de los ACS

Aunque, en la interpretación de Ramos (2002), el concepto de calificación sea polisémico, pudiendo, por lo tanto, ser apropiado para diferentes fines, cuando entendido en una perspectiva histórica trae contribuciones importantes para reflexionar sobre la organización y los procesos de trabajo contemporáneos, específicamente los relativos a los Agentes Comunitarios de Salud.

⁵ La atención básica comprende “el conjunto de acciones, de carácter individual y colectivo, situadas en el primer nivel de atención de los sistemas de salud, orientadas hacia la promoción de la salud, prevención de agravios, tratamiento y rehabilitación” (MS, 2001).

Incorporando la crítica a la relación lineal que con frecuencia se hace entre el contenido de un determinado trabajo y el tiempo de formación necesario para ocuparlo, el concepto de calificación, cuando entendido en su articulación histórico-concreta, busca aprehender no la esencia de lo que es trabajo calificado o descalificado, en la medida en que este se constituye como un campo de disputas. Busca, así, desvelar el proceso y el producto resultante de la relación social que el propio trabajo engendra que deriva, por un lado, de la relación y de las negociaciones tensas entre capital y trabajo y, por otro, de factores socioculturales que influyen en el juzgamiento y la clasificación que la sociedad hace sobre los empleos, los individuos y sus capacidades. (Machado, 1996; Ramos, 2002). Ese abordaje impone reconocer el mundo del trabajo como un ámbito de la producción y regulación política de relaciones sociales, sustentadas en representaciones subjetivas que conviven con la producción de bienes (Castro, 1993).

Así entendido, el concepto de calificación permite amplias posibilidades para repensar los procesos productivos y formativos. Dados los límites a los cuales se debe atener el texto, serán destacados a seguir algunos de los aspectos de los principales embates que envuelven hoy el proceso de calificación de los ACS.

Vale recordar que la actividad de los ACS fue creada prioritariamente para atender las necesidades fundamentales de los sectores que más sufren con los efectos de la mundialización del capital. En ese sentido, ella está íntimamente relacionada con el movimiento *desigual y combinado* del proceso de acumulación del capitalismo que produce, al mismo tiempo, un avance acelerado de las bases tecnológicas y un aumento creciente del nivel de precarización de la vida de la mayoría de la población.

Como ya se apuntó, fue con el Programa de Agentes de Salud de Ceará que, por la primera vez, se reclutó un amplio contingente de ACS⁶. En esta ocasión, en el intento de controlar los dramáticos efectos sociales de la seca que asolaba el Estado, fueron contratados 6.113 trabajadores, la gran mayoría de los cuales era de mujeres. El entrenamiento fue realizado en dos semanas como preparación para un trabajo que duró, inicialmente, entre seis y doce meses. Este hecho permite constatar que desde las experiencias iniciales, el Programa presenta como una de sus marcas la relación entre el estado de vulnerabilidad y pobreza de las poblaciones atendidas y la formación aligerada, en concordancia con directrices emanadas del Banco Mundial para el cual, en la opinión de Rizzoto (2000:160)

Los recursos humanos que actuarían en los servicios públicos deberían originarse de la propia comunidad, lo que (...) facilitaría la permanencia y mayor conocimiento de la población. Tales trabajadores recibirían un tipo de formación elemental simplificada, suficiente para que ejecutasen actividades de prevención, cuidados materno-infantiles, planificación familiar y orientaciones dirigidas hacia el medio ambiente.

Otro punto a ser considerado es el hecho de que la gran mayoría de esos trabajadores son mujeres. Se cree que por parte del Estado se apostó en el uso de una fuerza de trabajo detentora de habilidades construidas en el ámbito doméstico como forma de, al mismo tiempo, ampliar la cobertura de la asistencia y mantener la cohesión social a

⁶ Vale observar que la propuesta de trabajo instituida para los ACS tanto en el PACS cuanto en el PSF estuvo presente en políticas públicas anteriores y en propuestas alternativas de ampliación de cobertura de la salud para poblaciones específicas, que de cualquier manera guardaban el carácter de suplir necesidades básicas de salud de poblaciones marginalizadas por el capital (Silva y Dalmaso, 2002).

costos reducidos. Sobre este aspecto, la Organización Mundial de la Salud recomienda que:

“los gobiernos formulen políticas sociales y de desarrollo que faculten el necesario apoyo y protección a las familias y respondan cabalmente a las necesidades diversas y en mutación de las familias. (...) Los gobiernos deberían, en conjunto con ONG´s y organizaciones comunitarias buscar formas innovadoras de prestar asistencia a las familias e individuos que puedan estar afectadas por problemas tales como extrema pobreza desempleo crónico, violencia sexual entre otros” (Ribeiro, 2004:5-6).

Nótese que las habilidades vistas como propias de la socialización femenina son comúnmente tomadas como inherentes a los sujetos y en este sentido, circunscritas al campo del trabajo simple y sin cualquier reconocimiento social. Así, las actividades desarrolladas por estas trabajadoras, aunque consideradas fundamentales para la actual política de salud del país, son sistemáticamente descalificadas como funciones que prescinden de habilidades o conocimientos más complejos.

La desvalorización del trabajo femenino no es característica apenas del PACS. Varios autores, (Hirata, 1998; Antunes, 1991; Kergoat, 1984) vienen resaltando que, con la reestructuración productiva, los niveles de segregación ocupacional según el sexo viene ampliándose, con el correspondiente aumento del contingente de trabajadores femeninos en el mercado, ocupando, en la mayoría de las veces, puestos de trabajo precarizados, con poca o ninguna protección legal.

Pero, en el ámbito de los ACS, se ha verificado un movimiento de resistencia a esa percepción del trabajo, emprendiéndose un proceso de organización y de luchas de la categoría en el sentido de la obtención de mejores condiciones de trabajo y de formación técnica.

Este proceso denota las disputas en torno de la constitución y consolidación del SUS. En realidad, cuando el PNACS fue creado, el embate ya estaba colocado, conforme demuestra la inclusión de un conjunto de trabajadores relacionados al Movimiento de Reforma Sanitaria brasileña que desarrollaban las actividades de agentes de salud voluntariamente. La posterior reestructuración del Programa, tornándolo una política estratégica del Ministerio de la Salud, acaba por traer nuevos matices a este contexto.

En lo que se refiere a la calificación de los ACS, una importante conquista fue el reconocimiento de su profesión y el establecimiento normativo de su profesionalización técnica por medio de la Ley nº 10507/2002. Posteriormente la Ley 11.350/2006 estableció el derecho al vínculo estable y derecho con los municipios, lo que disparó un proceso de desprecarización del trabajo de estos profesionales (Morosini et al., 2007).

Esas conquistas evidencian puntos fundamentales de la discusión del proceso de calificación de los Agentes Comunitarios de Salud: Las cuestiones relativas a la gestión del trabajo concernientes a esta categoría de trabajadores y el debate acerca de los aspectos técnico-políticos de su formación.

Sobre el primer punto, vale decir que siguiendo las directrices del gobierno brasileño de la época (años 1990), el PACS y el PSF, y, posteriormente, la ESF se estructuraron sin tener sus trabajadores incorporados a la red de salud con vínculo de trabajo estable. En el caso de los ACS, específicamente, la precarización del trabajo era tamaña que muchos de

ellos eran contratados apenas verbalmente. Acrciéntese a eso que, con frecuencia, la selección de estos trabajadores obedecía al intercambio de favores políticos.

Las conquistas de la Ley 11.350/06 representaron un enorme salto en el sentido de la construcción de un espacio de trabajo técnico-profesional desvinculado de posibles imposiciones de políticas electoreras locales. Aunque el proceso de Desprecarización de los vínculos de trabajo y la obligatoriedad de selección pública de estos trabajadores aún esté principiando, no se puede negar el carácter positivo de los cambios en el ejercicio cotidiano de su trabajo.

Con relación al segundo punto, es posible afirmar que la profesionalización de los agentes está conectada a la ampliación de las exigencias de formación, visto que, hasta entonces, los pre-requisitos para su actuación eran el dominio de la lectura y de la escrita y ser mayor de 18 años (además de ser morador de la comunidad atendida). Actualmente, para ejercer la profesión se hace necesaria la conclusión de la Enseñanza Fundamental y el término con aprovechamiento del curso de calificación inicial y continuada para los ACS.

En la discusión académica y política sobre la formación técnica de los ACS se destaca el papel que estos trabajadores desempeñan de eslabones entre el servicio de salud y la comunidad. Esa mediación entre dos polos acaba por suscitar visiones contradictorias que en un momento destacan su potencial comunitario, en otro la importancia de su mayor vinculación con las políticas de Estado. Nogueira (2002) cree que esa dicotomía es cultivada por el propio Estado que, de un lado, postula una dimensión técnica universalista del trabajo de los ACS y, de otro, enfatiza su sesgo comunitarista.

Del punto de vista comunitarista, se cree que la formación técnica tendería a alejarlo del principal atributo de su actividad, cual sea la de ser un profesional que por vivir y comprender la cultura del local, tendría la posibilidad de traducir mejor los anhelos de la población. En ese sentido, no cabría definir su perfil ocupacional, pues su quehacer sería inmanente a su inserción social en la localidad. Ya la visión universalista-estadista cree "que los ACS necesitan de un perfil técnico bien estructurado, de un preparo técnico uniforme y de un cargo en las estructuras organizacionales del Estado" (Nogueira, idem:92).

Por cierto, esa dicotomía entre los dos rumbos de la formación posee diferentes matices que toman cuerpo en la realidad concreta de la calificación de los agentes, reflejando de esa manera las contradicciones que permean las posibilidades y límites de absorción de esos profesionales en el SUS.

La formación de los técnicos en salud en Brasil era realizada a principio en servicio y marcada por el énfasis del saber hacer, generalmente influenciado por una visión tecnicista de la educación, calcada en el entrenamiento. Pereira y Ramos (2006) destacan las luchas entabladas por los trabajadores de salud para asegurar, en las brechas de la legislación⁷, una formación que se distanciase de las prácticas naturalizadas en el trabajo y del entrenamiento en servicio. El gran desafío se constituía en avanzar en una propuesta que asegurase el acceso a la educación general y a la formación profesional, considerando que la mayoría de los trabajadores no poseía formación específica y estaban desfasados cuanto a la edad/año de su escolarización. Señalan aún que el Proyecto Larga Escala⁸

⁷ Aprovechándose de las brechas de la Ley 5692/71, las Escuelas Técnicas del SUS pasan, en carácter experimental, a certificar la formación en servicio, en cuanto la educación general se daba por vía regular o supletoria. (Pereira y Ramos 2006).

⁸ El Proyecto de Formación en Larga Escala fue creado en la década de 1980 y buscaba, conforme el M.S, combinar en un único mecanismo tres elementos esenciales: "a) enseñanza supletoria (...); b) entrenamiento en servicio (...); c) carácter de habilitación

significó ganancias que permitieron, al mismo tiempo, validar la calificación profesional y la continuidad de los estudios a través de la enseñanza supletoria.

Hasta 2005 la formación de los ACS, aunque incluía un breve curso de carácter introductorio, así como la de los demás técnicos en salud, también se desarrollaba, principalmente en los servicios, a través de varios proyectos de educación continuada que envolvían pequeños cursos prácticos y entrenamientos. Esos cursos no poseían organicidad, siendo pulverizados en diversas acciones que no eran significativas de una política más amplia de gobierno. Así, la formación técnica de ese profesional viene constituyéndose como un camino de lucha para asegurar su identidad como profesional, pues tener un certificado técnico correspondiente a la posibilidad de estandarización y objetivación de su capacidad de trabajo.

Tereza Ramos, directora de la Confederación Nacional de los Agentes Comunitarios de Salud, en una clase inaugural proferida en la Escuela Politécnica de Salud, destacó que durante su trayectoria profesional se sumaron a su currículo innúmeros cursos sobre la prevención de enfermedades, fomentados por el Estado que variaban conforme la incidencia de enfermedades que asolaban a la población en determinados periodos. Entretanto, acrecentó que ninguno de ellos aseguraba su identidad profesional, ni la acreditaba como Agente Comunitaria de Salud.

La certificación de cursos vía educación continuada está pautada por una lógica individual que no es significativa de una mejoría substantiva para el conjunto de los trabajadores, además de no contribuir para el reconocimiento de su profesión⁹. En efecto, el actual destaque dado al concepto de educación continuada, en la mayoría de las veces, es pautado por la necesidad de acompañar las transformaciones del mercado de trabajo, agregando al trayectoria profesional cursos que supuestamente facilitan la permanencia en el puesto de trabajo. Es posible que algunos de esos cursos amplíen individualmente las chances de acceso/permanencia en el mercado de trabajo. Pero, en términos colectivos, la formación para el trabajo así posicionada, en nada contribuye para el surgimiento de un proceso de resistencia orgánicamente estructurado, capaz de obtener no solamente conquistas de carácter corporativo, sino también garantizar a los trabajadores un efectivo crecimiento de las posibilidades de análisis e intervención sobre el mundo.

Cabe acrecentar que una de las justificativas que sustentan la posición de que los ACS no necesitarían de formación técnica para el desempeño de sus atribuciones está relacionada al hecho de que la formación de los demás miembros de la ESF enfatiza la dimensión técnico/científica, sin, entretanto, insertarla de forma crítica en el contexto social, político y económico en el cual sus actividades son ejercidas. La incorporación de los ACS permitiría el contacto con ese contexto y una mayor aproximación a los problemas enfrentados en el cotidiano de los servicios, siendo los agentes los principales responsables por restablecer el eslabón con la comunidad. De ese punto de vista, la formación técnica de los ACS podría corromper el carácter cultural - "comunitario" de su calificación, contaminándola con una óptica biomédica.

oficialmente reconocida por el sistema educacional, lo que demanda el establecimiento de estándares mínimos para el proceso de formación y el acceso a otros niveles de formación (Brasil 1982, *apud* Pereira e Ramos, ídem: 37).

⁹ Vale recordar que en Francia, durante el postguerra el debate sobre la calificación nació de la lucha de los trabajadores para el establecimiento de parámetros que permitiesen una protección contra la explotación del capital. Se consideraba en esa época, diferentemente de lo que requiere el capitalismo contemporáneo, que la normatización de los requisitos para el ejercicio de las actividades profesionales tornaba posible asegurar "trabajos iguales, salarios iguales", lo que los tornaba "relativamente independientes de los atributos individuales de los trabajadores; mejor diciendo, visando tornarlas independientes del arbitraje del capital en el juzgamiento de esos atributos" (Tartuce, 2007:42).

En efecto, la inserción del ACS en la ESF está relacionada a la dificultad de los profesionales de los servicios de salud más calificados, en general, oriundos de las camadas más favorecidas de la sociedad, en aproximarse de la realidad de sus usuarios y entender sus necesidades, aspecto fundamental para la transformación de la atención en salud del SUS en el sentido de tornarla menos curativa y menos centrada en la biomedicina. Entretanto, aunque considerados centrales en la reorganización del sistema de salud y nombrados responsables por llenar el vacío que los profesionales graduados no fueron capaces de ocupar, los ACS tienen sus actividades descalificadas por el diseño de la misma política que lo efectiva como agente fundamental. Al requerir una formación escolarizada mínima y promover formas de contratación absolutamente precarias para estos profesionales, el diseño de las nuevas acciones de salud propuestas por el MS sitúan previamente los ACS en un espacio social poco reconocido, ofreciéndoles escasa o ninguna posibilidad de actuación fuera de los límites históricamente demarcados por el saber/poder biomédico.

En realidad, en el acompañamiento de las actividades ejercidas por los ACS, se nota, casi siempre, que su trabajo es muy marcado por una visión eminentemente biomédica y centrada en la captación de los usuarios que son objetivo del programa (hipertensos, diabéticos, gestantes y niños con menos de dos años), en el control de su adhesión a las consultas médicas y en la supervisión del uso de los medicamentos prescritos. Es decir, un largo camino aún necesita ser recorrido para que la perspectiva basada apenas en la medicalización sea superada.

Se cree que ese abordaje estrecho se identifica con el proyecto neoliberal que pretende apenas amenizar los efectos nefastos que son consecuencia de las políticas en él inspiradas que buscan, a través de intervenciones simplificadas, amenizar la pobreza y mantener la cohesión social. Se entiende que la formación técnica de los agentes, por sí sola, no conseguirá cumplir esta tarea. Pero, es significativa de un camino de lucha para contrarrestar, al menos en parte, las políticas sociales enfocadas en curso en el país.

Se espera que la reflexión presentada en este texto pueda, más que fornecer respuestas, suscitar indagaciones que tornen posible repensar críticamente la política de gestión del trabajo y de la educación de la salud, con vistas a la superación de la precariedad de las condiciones de vida de la población brasileña.

Referencias Bibliográficas

Antunes, R. *Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo, Boitempo, 1999.

BRASIL, *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família-2001-2002*. Brasília-DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Programa de Atenção Básica-PAB- Parte Fixa*. Brasília: Secretaria Executiva, 2001.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. *Referencial Curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde*. Brasília/DF, 2004.

Castro, N. A. Qualificações, Qualidades e Classificações. In: *Revista Educação e Sociedade*, nº 45, agosto, 1993.

Hirata, H. "Reestruturação produtiva, trabalho e relações de gênero" In: *Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho*, 1998.

Kergoat, D. "Por uma problemática do processo de trabalho doméstico." In: Vários, *O sexo do trabalho*. R. J., Paz e Terra. 1987.

Machado L. "Qualificação do Trabalho e relações sociais" In: Fidalgo, Fernando Selmar (org.) *Gestão do Trabalho e Formação do Trabalhador*. Belo Horizonte, MG: Movimento de Cultura Marxista, 1996.

Montaño, C. *Terceiro setor e questão social. Crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo, Cortez, 2003.

Morosini, M.V. et al. "O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional". In: *Trabalho, Educação e Saúde*, v5, nº 2, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2007.

Neves, L. W. et al. *A Nova Pedagogia da Hegemonia: Estratégias do Capital para Educar o Consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

Nogueira, R. P. "O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica e "universalista" e a dimensão social comunitarista." *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, V6,n10,2002.

Nogueira, R. P. et al. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis. O Agente Comunitário de Saúde*. R.J, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>

Ramos, M. *A pedagogia das competências: Autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2002.

Ribeiro E. M. *As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF)*, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org>

Rizzotto, M. L. F. "O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil anos 90: Um projeto de desmonte do SUS". Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2000.

Paim, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas*. In: Matta, G.C. e Lima J.C. (orgs). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro, Fiocruz/EPSJV, 2008.

Pereira, I. B e Ramos, M. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

Santos, W. G. dos. *Cidadania e justiça*. Ed. Campus, 1979.

Silva, A. J e Dalmaso A. "O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde". *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, V6,n10,2002.

Silva, A. J.e Dalmaso, A. S. *Agente Comunitário de Saúde: O ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Silva, F. D. "A atenção básica do Sistema Único de Saúde no contexto do ajuste neoliberal do Estado brasileiro: análise das relações entre a estratégia de saúde da família, pacotes clínicos-essenciais e novo universalismo." Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2008.

Tartuce, G.L.P. "Tensões e intenções na transição escola trabalho: um estudo das vivências e percepções de jovens sobre o processo de qualificação profissional e (re)inserção no mercado de trabalho na cidade de São Paulo."Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, 2007.

Anexo 2

O PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) NA CONSOLIDAÇÃO DO SUS

*Anna Violeta Durão, Alda Lacerda, Filippina Chinelli, Marcia Raposo Lopes, Marcia Valéria Morosini, Monica Vieira e Valéria Carvalho**

Este trabalho se ocupa do processo de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde – os ACS --, partindo do pressuposto de que a qualificação se constitui em campo de disputa entre concepções de trabalho, saúde e formação profissional. Tais concepções expressam distintos projetos políticos que se encontram na base de diferentes modelos de assistência à saúde, sobretudo no que se refere àqueles voltados para as populações mais pobres do país.

Para tanto, procede-se inicialmente a uma breve retomada do surgimento desse trabalhador no contexto da criação do Sistema Único de Saúde – SUS – pela Constituição de 1988 que, ao menos enquanto projeto, rompeu com a lógica da cidadania regulada (1979)¹⁰ que até então informara o acesso seletivo à previdência social e aos serviços públicos de saúde, instituindo-os enquanto direito.

1 - Um pouco de história: Os ACS e o SUS

O direito à saúde como dever do Estado no Brasil foi conquistado há apenas duas décadas, resultado de um longo processo de lutas sociais que no contexto da resistência ao autoritarismo e do processo de redemocratização do país, configurou o movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento criou as condições de possibilidade para que a saúde fosse incorporada à ordem constitucional enquanto dever de Estado e direito de todos os cidadãos brasileiros, mediante a instituição do SUS. Nesse sentido, o movimento sanitário e o SUS

“Não foram criados pelo estado brasileiro, por governos, nem por partidos. Portanto, o SUS é uma conquista histórica do povo, podendo ser considerado a maior política pública gerada da sociedade e que chegou ao Estado por meio dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário” (Paim, 2008:96).

* Professoras e investigadoras de la Escuela Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz – Rio de Janeiro/Brasil.

¹⁰ O conceito de cidadania regulada se refere à estratégia seletiva e hierarquizada de acesso aos direitos sociais, sendo cidadãos “todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas em lei” (Santos, 1979:75).

A universalização desse sistema, já no início dos anos 1990, se mostra um grande desafio. Em especial porque, com a eleição de Fernando Collor de Mello, o projeto neoliberal torna-se hegemônico. Daí em diante, o país é submetido a toda sorte de ajustes ditados pelos organismos financeiros internacionais, produzindo a reconfiguração do Estado e a focalização das políticas sociais, implementadas com a forte presença de parcerias público-privado.

O impacto do ideário neoliberal no campo das políticas sociais foi profundo. No que se refere especificamente à saúde, as duas últimas décadas se caracterizaram pela continuidade da escassez de investimentos públicos e pela dependência de recursos externos, sobretudo do Banco Mundial que passou a ter papel central na definição das prioridades a serem atendidas. Nesse quadro, a construção do SUS ficou comprometida e muitas das medidas que foram tomadas, estavam em consonância com as proposições das agências financiadoras, centradas no alívio da pobreza como condição indispensável ao equilíbrio do sistema capitalista mundial.

Nessa perspectiva e pautando-se nos resultados exitosos do Programa de Agentes de Saúde do Ceará, implantado em 1987, o governo Collor de Mello criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS)¹¹ em 1991 com o objetivo de diminuir as mortalidades materna e infantil nas áreas mais pobres, concentrando-se principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Essa experiência apontou a relevância do trabalho dos ACS para os serviços básicos de saúde nos municípios e os bons resultados alcançados contribuíram de forma decisiva para a criação, em 1994, do Programa Saúde da Família - PSF - que inseriu os ACS em uma equipe de saúde composta também por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Em 1997, em pleno curso das reformas de orientação neoliberal, o Programa de Saúde da Família deixou de se restringir às regiões mencionadas sendo reconfigurado como uma estratégia voltada para a remodelação do sistema de atenção à saúde em seu

¹¹ Este programa posteriormente passa a denominar-se Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

conjunto, passando, por isso mesmo, a ser denominado Estratégia Saúde da Família - ESF¹².

Vale destacar que essa reorientação do modelo de assistência, ao se consolidar na área da saúde no Brasil, passou a aglutinar de forma contraditória ao menos dois projetos diferenciados e em disputa quanto aos rumos do sistema de saúde. De um lado, o Projeto da Reforma Sanitária que tem como objetivo principal assegurar a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos; de outro, o projeto que vem sendo implementado mais amplamente desde a década de 1990, caracterizado pelo oferecimento a custos reduzidos de bens públicos de saúde, apenas com o intuito de mitigar a pobreza. Assim, do ponto de vista governamental, a ESF se estrutura no sentido de propiciar

“a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas” (Brasil, Ministério da Saúde, apud Silva e Dalmaso, 2002:59).

Nesse sentido, busca romper com o modelo hospitalar que se caracteriza por uma visão de saúde restrita, entendida no sentido curativo da doença. Contrapondo-se a ele, a ESF ressalta a importância de se compreender a saúde em seu sentido mais amplo, ou seja, como um direito a uma vida saudável, inserida na estrutura social que a cerca. O centro da atenção amplia-se do indivíduo para a família, atuando no sentido de prevenção da doença. Dessa maneira, foca a sua intervenção na atenção básica¹³, busca ampliar o acesso ao Sistema Único de Saúde e procura assegurar uma maior integralidade do atendimento.

No entanto, alguns autores (Rizzotto, 2000; Silva, 2008) vêm salientando que a ESF pode ser entendida como uma política direcionada a grupos em estado de pobreza, ou seja, como resposta às nefastas conseqüências dos ajustes de recorte neoliberal sobre a

¹² Em 2007, havia aproximadamente 107 milhões de pessoas acompanhadas por mais de 211.000 Agentes Comunitários de Saúde, atuando em 5, 3 mil municípios brasileiros. Em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>

¹³ A atenção básica compreende “o conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (MS, 2001).

vida da maioria da população brasileira. Dessa perspectiva, a implantação do programa constituiria uma forma de racionalizar os recursos do Estado destinados aos segmentos sociais que não atraem o interesse da iniciativa privada.

Apontados como o diferencial da nova lógica de atenção, os Agentes Comunitários de Saúde tornam-se protagonistas deste processo, visto que atuam como mediadores entre a “comunidade” e a ESF e o SUS. O trabalho deles tem sido, por isso mesmo, objeto de intensa discussão não só no ambiente acadêmico e no âmbito das instâncias pertinentes dos três níveis de governo, como também nos seus próprios órgãos de representação política. O debate se desenvolve em torno da natureza da atividade exercida pelo ACS – ambígua ou *sui generis* para alguns autores (Nogueira et al, 2000) e articula, entre outras questões, a relação de trabalho, a formação profissional e o pertencimento social dos agentes. Sem perder de vista tal articulação, as páginas que se seguem apresentam uma reflexão sobre o processo de qualificação do ACS, buscando contribuir para a superação da sua desvalorização social, o que se contrapõe à pauta política por uma melhor qualificação dos trabalhadores da saúde, de uma maneira geral” (Morosini et al., 2007).

2 - Discutindo o conceito de qualificação

Embora, na interpretação de Ramos (2002), o conceito de qualificação seja polissêmico, podendo, portanto, ser apropriado para diferentes fins, quando entendido em uma perspectiva histórica traz contribuições importantes para se refletir sobre a organização e os processos de trabalho contemporâneos, especificamente os relativos aos Agentes Comunitários de Saúde.

Incorporando a crítica à relação linear que com freqüência se faz entre o conteúdo de um determinado trabalho e o tempo de formação necessário para ocupá-lo, o conceito de qualificação, quando entendido na sua articulação histórico-concreta, procura apreender não a essência do que é trabalho qualificado ou desqualificado, na medida em que este se constitui como um campo de disputas. Busca, assim, desvelar o processo e o produto decorrente da relação social que o próprio trabalho engendra que decorre, por um lado, da relação e das negociações tensas entre capital e trabalho e, por outro, de fatores

socioculturais que influenciam o julgamento e a classificação que a sociedade faz sobre os empregos, os indivíduos e suas capacidades. (Machado, 1996; Ramos, 2002). Essa abordagem impõe reconhecer o mundo do trabalho como um âmbito da produção e regulação política de relações sociais, sustentadas em representações subjetivas que convivem com a produção de bens (Castro, 1993).

Assim entendido, o conceito de qualificação permite amplas possibilidades para repensar os processos produtivos e formativos. Dados os limites aos quais se deve ater o texto, serão destacados a seguir alguns dos aspectos dos principais embates que envolvem hoje o processo de qualificação dos ACS.

3 – O processo de qualificação dos ACS

A atividade dos ACS foi criada prioritariamente para dar conta de necessidades fundamentais dos setores que mais sofrem com os efeitos da mundialização do capital. Nesse sentido, ela está intimamente ligada ao movimento *desigual e combinado* do processo de acumulação do capitalismo que produz, ao mesmo tempo, um avanço acelerado das bases tecnológicas e um aumento crescente do nível de precarização de vida da maioria da população.

Como já se apontou, foi com o Programa de Agentes de Saúde do Ceará que pela primeira vez se recrutou um amplo contingente de ACS¹⁴. Na ocasião, na tentativa de controlar os dramáticos efeitos sociais da seca que assolava o Estado, foram contratados 6.113 trabalhadores, dos quais a grande maioria era composta por mulheres. O treinamento foi realizado em duas semanas como preparação para um trabalho que durou, inicialmente, entre seis e doze meses. Este fato permite constatar que, especialmente em suas experiências iniciais, o Programa apresentava como uma de suas marcas a relação entre o estado de vulnerabilidade e pobreza das populações atendidas e a formação aligeirada dos trabalhadores, em concordância com diretrizes emanadas do Banco Mundial para o qual, na opinião de Rizzoto (2000:160)

¹⁴ Vale observar que a proposta de trabalho instituída para os ACS tanto no PACS quanto no PSF esteve presente em políticas públicas anteriores e em propostas alternativas de ampliação de cobertura da saúde para populações específicas, que de qualquer maneira guardavam o caráter de suprir necessidades básicas de saúde de populações marginalizadas pelo capital (Silva e Dalmazo (2002).

“Os recursos humanos que atuariam nos serviços públicos deveriam originar-se da própria comunidade o que (...) facilitaria a permanência e maior conhecimento da população. Tais trabalhadores receberiam um tipo de formação elementar simplificado, suficiente para executarem atividades de prevenção, cuidados materno infantil, planejamento familiar e orientações voltadas para o meio ambiente.”

Sem exigência de escolarização e identificado com a população “marginalizada” a quem deveria atender, este novo profissional, embora, enaltecido como o diferencial do modelo de atenção à saúde proposto, tem seu trabalho caracterizado como atividade simples que prescindiria de qualquer formação mais estruturada.

Montaño (2003:174) refletindo sobre a ênfase dada ao estímulo a ações voltadas para a vida em família e a comunidade, questiona: “que tipos de família e comunidade seriam possíveis, constituídas por desempregados?”. De certa forma, a inserção dos ACS na ESF representa uma resposta do poder público à indagação do autor, pois cria uma atividade remunerada dentro das comunidades, ocupada sobretudo por mulheres que se encontram em condição de desemprego, sendo elas as responsáveis por disseminar ao restante da população, ações educativas para o enfrentamento de problemas os mais diversos, inclusive os de saúde, incentivando a auto-organização, o autocuidado etc. Nessa perspectiva, os ACS atuariam, de um lado como remediadores da ampliação da demanda por cuidados provenientes da própria falta do Estado na solução dos problemas da população; e de outro, apresenta-se como uma forma de geração de renda para segmentos que não têm condições de inserir-se no mercado formal.

Cabe ainda acrescentar que a sua atuação na comunidade pode ser entendida como resultante da orientação impressa pelo Estado no sentido da construção de valores éticos e morais do “novo” cidadão colaborador que, frente à retração dos investimentos nas políticas sociais, passa a ser incentivado a atuar local e contingencialmente na solução de problemas sanitários (Neves et al., 2005). Isto pode ser significativo da influência da disseminação pelos organismos internacionais do conceito de “capital social”, entendido como “um instrumento para a formação da ética da responsabilidade coletiva, de fortalecimento da subjetividade e uma estratégia de recomposição da cidadania perdida pelo aumento da desigualdade (...)” (Neves et al, 2007:54). Espera-se que frente à retração das políticas sociais, se desenvolva uma cultura cívica capaz de reverter a situação de pobreza na qual se encontra a população.

Motta (2007) assinala que o conceito de capital social ganha relevo em todo o mundo, devido ao descrédito na política, pois, na avaliação da autora, com a exacerbação das desigualdades e da pobreza, houve a ampliação das demandas sociais que não foram atendidas pelo Estado, passando-se enfatizar discurso da necessidade de solidariedade e colaboração entre os membros da comunidade. Acredita-se, desta maneira, o Estado apostou na utilização de uma força de trabalho detentora de habilidades construídas no âmbito doméstico como forma de, a um só tempo, ampliar a cobertura da assistência e manter a coesão social a custos reduzidos.

Note-se que as habilidades vistas como próprias da socialização feminina são comumente tomadas como inerentes aos sujeitos e neste sentido, circunscritas ao campo do trabalho simples e sem qualquer reconhecimento social. Ou seja, as atividades desenvolvidas por estas trabalhadoras, ainda que consideradas fundamentais para a atual política de saúde do país, são sistematicamente desqualificadas como funções que prescindem de habilidades ou conhecimentos mais complexos¹⁵.

Porém, no âmbito dos ACS, tem-se verificado um movimento de resistência a essa percepção do trabalho, empreendendo-se um processo de organização e de lutas da categoria no sentido da obtenção de melhores condições de trabalho e de formação técnica.

Este processo denota as disputas em torno da constituição e consolidação do SUS. Na realidade, quando da criação do PNACS, o embate já estava colocado, conforme demonstra a inclusão de um conjunto de trabalhadores organizados ligados ao Movimento de Reforma Sanitária brasileiro que desenvolviam as atividades de agentes de saúde voluntariamente. A posterior reestruturação do Programa tornando-o uma política estratégica do Ministério da Saúde acabou por trazer novos matizes a esse contexto.

No que diz respeito à qualificação dos ACS, uma importante conquista foi o reconhecimento de sua profissão e o estabelecimento normativo da sua profissionalização

¹⁵ Cabe acrescentar que a desvalorização do trabalho feminino não é característica apenas do PACS. Vários autores, (Hirata,1998; Antunes, 1991; Kergoat,1984) vêm salientando que, com a reestruturação produtiva, os níveis de segregação ocupacional segundo o sexo vêm se ampliando, com correspondente aumento do contingente de trabalhadores femininos no mercado, ocupando, na maioria da vezes, postos de trabalho precarizados, com pouca ou nenhuma proteção legal.

técnica por meio da Lei nº 10507/2002. Posteriormente a lei 11.350/2006 estabeleceu o direito ao vínculo estável e direto com os municípios, o que disparou um processo de desprecarização do trabalho destes profissionais (Morosini et al., 2007).

Tais conquistas evidenciam pontos fundamentais da discussão do processo de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: aquelas relativas à gestão do trabalho concernentes a esta categoria de trabalhadores e o debate acerca dos aspectos técnico-políticos da sua formação.

Sobre o primeiro ponto, vale dizer que seguindo as diretrizes do governo brasileiro à época (anos 1990), o PACS e o PSF, e, posteriormente, a ESF se estruturaram sem ter os seus trabalhadores incorporados à rede pública de saúde com vínculo de trabalho estável. No caso dos ACS, especificamente, a precarização do trabalho era tamanha que muitos deles eram contratados apenas verbalmente. Acresce-se a isso que, com frequência, a seleção destes trabalhadores obedecia à troca de favores políticos.

As conquistas da lei 11.350/06 representaram enorme salto no sentido da construção de um espaço de trabalho técnico-profissional desvinculado de possíveis injunções de políticas eleitoreiras locais. Embora o processo de desprecarização dos vínculos de trabalho e a obrigatoriedade de seleção pública destes trabalhadores ainda esteja no início, não se pode negar o caráter positivo das mudanças no exercício cotidiano de seu trabalho.

Em relação ao segundo ponto é possível afirmar que a profissionalização dos agentes está conectada à ampliação das exigências de formação, considerando que, inicialmente, os pré-requisitos para a sua atuação eram apenas o domínio da leitura e da escrita e ser maior de 18 anos (além de ser morador da comunidade atendida). Atualmente, para o exercício da profissão é necessário a conclusão do Ensino Fundamental e o término com aproveitamento de curso de qualificação inicial. Além disso, embora, não exista exigência legal da finalização do ensino médio e de curso técnico de ACS para ingressar no trabalho, a construção e publicação pelo MS de referencial curricular deste curso técnico¹⁶ e o entendimento de que o curso de qualificação inicial

¹⁶ O “Referencial Curricular para Curso técnico de Agentes Comunitários de Saúde” estabelece as principais competências a serem desenvolvidas por esse profissional e os itinerários formativos necessários para a

exigido aos profissionais é a primeira etapa de um itinerário formativo que inclui outras duas que totalizariam a formação técnica, apontam um caminho de maior escolarização a ser percorrido por estes profissionais.

Nesse sentido, é preciso indicar a necessidade de luta pelo compromisso do governo federal em oferecer as três etapas do itinerário formativo previstas no Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, já que, até o momento, só está garantida a oferta da primeira etapa formativa, o que questiona o real interesse do governo em qualificar esses trabalhadores¹⁷.

Na discussão acadêmica e política tanto sobre a formação técnica dos ACS quanto sobre seu vínculo de trabalho e seu processo de profissionalização destaca-se o papel que estes trabalhadores desempenham de elo entre o serviço de saúde e a comunidade. Essa mediação entre dois pólos acaba por suscitar visões contraditórias que ora destacam o seu potencial comunitário, ora a importância de sua maior vinculação com as políticas de Estado. Nogueira (2002) acredita que essa dicotomia é cultivada pelo próprio Estado que, de um lado, postula uma dimensão técnica universalista do trabalho dos ACS e, de outro, enfatiza o seu viés comunitarista.

Do ponto de vista comunitarista, o ACS seria um profissional que por vivenciar e compreender a cultura do local, teria a possibilidade de traduzir melhor os anseios da população. Em decorrência, acredita-se que a formação técnica tenderia a afastá-lo do principal atributo da sua atividade, qual seja a de ser um profissional que por vivenciar e compreender a cultura do local teria a possibilidade de traduzir melhor os anseios da população. Nesse sentido, não caberia definir o seu perfil ocupacional, pois o seu fazer seria imanente à sua inserção social na localidade. Seguindo esta mesma argumentação, acredita-se que a vinculação efetiva deste trabalhador ao SUS descaracterizaria seu papel, além de impedir o seu desligamento do serviço em caso de mudança do local de moradia. Já a visão universalista-estatista acredita “que os ACS precisam de um perfil técnico bem

conclusão do ensino técnico, a saber: “a) etapa formativa I- formação inicial: acesso a todos os Agentes Comunitários de Saúde inseridos no Sistema Único de Saúde, independente da Escolarização; b) Etapa formativa II- concluintes da etapa formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do Ensino Fundamental; c) Etapa formativa III- concluintes das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do Ensino Médio” (MS/MEC, 2004:18).

¹⁷ Vale notar, entretanto, que mesmo sem financiamento, os trabalhadores do estado do Tocantins e alguns trabalhadores do Rio de Janeiro (ligados ao PSF de Manguinhos com sede na Fiocruz), estão recebendo a formação completa.

estruturado, de um preparo técnico uniforme e de um cargo nas estruturas organizacionais do Estado” (Nogueira, idem:92).

Por certo, essa dicotomia entre os dois rumos da formação possui diferentes matizes que tomam corpo na realidade concreta da qualificação dos agentes, espelhando dessa maneira as contradições que permeiam as possibilidades e limites de absorção desses profissionais no SUS.

A formação dos técnicos em saúde no Brasil era a princípio realizada em serviço e marcada pela ênfase do saber fazer, geralmente influenciado por uma visão tecnicista da educação, calcada no treinamento. Pereira e Ramos (2006) destacam as lutas travadas pelos trabalhadores de saúde para assegurar, nas brechas da legislação¹⁸, uma formação que se distanciasse das práticas naturalizadas no trabalho e do treinamento em serviço. O grande desafio se constituía em avançar em uma proposta que assegurasse o acesso à educação geral e à formação profissional, considerando que a maioria dos trabalhadores não possuía formação específica e estavam defasados quanto à idade/série da sua escolarização. Assinalam ainda que o Projeto Larga Escala¹⁹ tenha significado ganhos que permitiram a um só tempo validar a qualificação profissional e a continuidade dos estudos através do ensino supletivo.

Até 2005 a formação dos ACS, embora incluísse um breve curso de caráter introdutório, assim como a dos demais técnicos em saúde, também se desenvolvia em serviço através de vários projetos de educação continuada que envolviam pequenos cursos práticos e treinamentos. O conteúdo desses cursos variava conforme os problemas a serem enfrentados, não possibilitando uma base comum de conhecimentos que pudessem ser socializados entre todos os profissionais. (Morosorini 2008) Com outras palavras, esses cursos não possuíam organicidade, sendo pulverizados em diversas ações que não eram significativas de uma política mais ampla de governo. Assim, a formação

¹⁸ Aproveitando-se das brechas da Lei 5692/71, as Escolas Técnicas do SUS passaram, em caráter experimental, a certificar a formação em serviço, enquanto a educação geral se dava por via regular ou supletiva. (Pereira e Ramos 2006)

¹⁹ O Projeto de Formação em Larga Escala foi criado na década de 1980 e buscava, conforme o M.S, combinar em um único mecanismo três elementos essenciais: “a) ensino supletivo (...); b) treinamento em serviço (...); c) caráter de habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional, o que enseja o estabelecimento de padrões mínimos para o processo de formação e o acesso a outros níveis de formação (Brasil 1982, *apud* Pereira e Ramos, idem: 37).

técnica desse profissional vem se constituindo como um caminho de luta para assegurar sua identidade como profissional, pois ter um certificado técnico corresponde à possibilidade de padronização e objetivação da sua capacidade de trabalho.

Tereza Ramos, diretora da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde, em aula inaugural proferida na Escola Politécnica de Saúde, destacou que durante o seu itinerário profissional somaram-se em seu currículo inúmeros cursos sobre a prevenção de doenças, fomentados pelo Estado que variavam conforme a incidência de doenças que atingiam a população em determinados períodos. No entanto, acrescentou que nenhum deles assegurava a sua identidade profissional, nem a credenciavam como Agente Comunitária da Saúde.

A certificação de cursos via educação continuada está pautada por uma lógica individual que não é significativa de uma melhora substantiva para o conjunto dos trabalhadores, além de não contribuir para o reconhecimento da sua profissão²⁰. Com efeito, o atual destaque dado ao conceito de educação continuada, na maioria das vezes, é pautado pela necessidade de se acompanhar as transformações do mercado de trabalho, agregando ao itinerário profissional cursos que supostamente facilitam a permanência no posto de trabalho. É possível que alguns desses cursos ampliem individualmente as chances de acesso/permanência no mercado de trabalho. Porém, em termos coletivos, a formação para o trabalho assim posicionada, em nada contribui para o surgimento de um processo de resistência organicamente estruturado, capaz de obter não só conquistas de caráter corporativo, mas também garantir aos trabalhadores um efetivo crescimento de suas possibilidades de análise crítica e intervenção sobre o mundo.

Cabe acrescentar que uma das justificativas que sustentam a posição de que os ACS não necessitariam de formação técnica para o desempenho de suas atribuições considera que, ao oferecer-lhes possibilidades de apreensão que desnaturaliza o contexto

²⁰ Vale lembrar que na França do pós-guerra o debate sobre a qualificação nasceu da luta dos trabalhadores para o estabelecimento de parâmetros que permitissem uma proteção contra a exploração do capital. Considerava-se à época, à diferença do que requer o capitalismo contemporâneo, que a normatização dos requisitos para o exercício das atividades profissionais possibilitava assegurar “trabalhos iguais, salários iguais”, o que os tornava “relativamente independentes dos atributos individuais dos trabalhadores; melhor dizendo visando torná-las independentes da arbitragem do capital no julgamento desses atributos” (Tartuce, 2007.:42).

social, político e econômico no qual exerce suas atividades. Desse ponto de vista, a formação técnica dos ACS poderia corromper o caráter cultural - “comunitário” de sua qualificação, contaminando-a com uma ótica biomédica.

4 – A qualificação dos ACS e as práticas de saúde no SUS

A inserção do ACS na ESF está relacionada à dificuldade de os profissionais mais qualificados dos serviços de saúde, via de regra, oriundos das camadas mais favorecidas da sociedade, ou seja, por sua origem de classe, apreenderem as necessidades dos usuários dos serviços oferecidos pela ESF. Ao contrário, os ACS pelo fato de estarem muito próximos da realidade dos usuários dos serviços e, por isso mesmo, compartilharem dos mesmos códigos culturais, contribuiriam de forma decisiva para a transformação da atenção em saúde do SUS no sentido de torná-la menos curativa e menos centrada na biomedicina. Entretanto, embora considerados centrais na reorganização do sistema de saúde e nomeados responsáveis por preencher o vácuo que os profissionais graduados não foram capazes de ocupar, os ACS têm suas atividades desqualificadas pelo desenho da mesma política que o efetiva como agentes fundamentais desse processo de mudança. Ao requerer uma formação escolarizada mínima e promover formas de contratação absolutamente precárias para estes profissionais, o desenho das novas ações de saúde propostas pelo MS situam previamente os ACS em um espaço social pouco reconhecido, oferecendo-lhes escassa ou nenhuma possibilidade de atuação fora dos limites historicamente demarcados pelo saber/poder biomédico. Assim, no acompanhamento das atividades exercidas pelos ACS, pode-se notar quase sempre que seu trabalho é bastante marcado por uma visão eminentemente biomédica e centrado na captação dos usuários foco do programa (hipertensos, diabético, gestantes e crianças com menos de dois anos), no controle de sua adesão às consultas médicas e na supervisão do uso dos medicamentos prescritos.

Neste sentido, diferentemente do que postula a visão comunitária na qual a inserção dos ACSs permitiria resgatar um conhecimento negado pela Medicina, as atividades que efetivamente exercem quase sempre se orientam no sentido de uma medicalização significativa do cotidiano dos usuários.

Na realidade, esses trabalhadores atuam em meio a uma enorme contradição: a de serem profissionais que têm a função relacionar e discutir as relações entre condições de

vida e preservação da saúde, vivendo e trabalhando em uma sociedade que produz estruturalmente ambientes marcados pela falta de condições dignas de vida. Esse paradoxo entre uma política efetiva de atuação de cidadania nesses locais e um discurso que enfatiza a atuação dos usuários e dos trabalhadores como responsáveis por sua saúde, tencionam a todo o momento o trabalho desses agentes. Apresentados como solução para os problemas de saúde da comunidade, os ACS pouco podem fazer no sentido de resolver as muitas queixas relacionadas com questões estruturais do contexto social. Resta, portanto, aos ACS, em muitos casos, se inserirem e se legitimarem tanto nos serviços de saúde quanto na vida da comunidade a partir da repetição, sem muita crítica, do receituário de vida saudável prescrito por médicos e sanitaristas.

Acrescenta-se ainda, que como esse saber é aprendido através de cursos rápidos de capacitação, ou de maneira informal no próprio trabalho, ele é percebido pelos usuários como um saber naturalizado que não pressupõe nenhuma formação. No dizer dos agentes, há, na comunidade, um entendimento que qualquer um poderia realizar seu trabalho. Nesse sentido, a dimensão propriamente técnica do trabalho em saúde, passa a ser entendida como o diferencial que lhes daria maior reconhecimento social. Não por acaso, alguns agentes se ressentem de não lhes ser permitido o desenvolvimento de ações como aferir pressão e realizar teste de glicemia, o que lhes possibilitaria um saber diferencial, nas palavras de Arouca (2003), uma forma instrumental do conhecimento monopolizado pela medicina.

Neste sentido, estes profissionais, muitas vezes, não têm seu trabalho reconhecido pela população, que não compreende sua função e espera dele a facilitação do acesso ao médico e, quando é o caso, aos medicamentos e exames – o que, efetivamente, depende pouco deste trabalhador.

Assim, sem uma formação específica, e repetindo o discurso da medicina preventiva que lhes é repassado em cursos fragmentados oferecidos esporadicamente, os ACS acabam reproduzindo, no seu dia-a-dia, as contradições do próprio sistema de saúde que, embora pretenda se orientar por uma noção de saúde ampla que envolve os determinantes sociais e por práticas que não se centrem apenas no saber biomédico, referenda e valoriza

essencialmente a atuação do profissional médico tanto no seu desenho organizativo quanto nas suas práticas de gestão do trabalho²¹.

Evidentemente, um longo caminho ainda precisa ser percorrido para a construção efetiva do SUS tal como foi desenhado na VIII Conferência Nacional de Saúde. Acredita-se, entretanto, que a qualificação do ACS considerando a valorização de sua formação, a garantia de seu vínculo público de trabalho e sua legitimação social enquanto trabalhador do SUS pode ser uma direção importante na busca da superação de um modelo de sistema de saúde sustentado pelo projeto neoliberal que pretende apenas amenizar os efeitos nefastos estruturação social contemporânea e que tem como objetivo apenas, através de intervenções simplificadas, amenizar a pobreza e manter a coesão social.

Espera-se que a reflexão apresentada neste texto possa, mais do que fornecer respostas, suscitar indagações que possibilitem repensar criticamente a política de gestão do trabalho e da educação da saúde, com vistas à superação da precariedade das condições de vida da população brasileira.

Referências bibliográficas

Antunes, R. *Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo, Boitempo, 1999.

Arouca, S. *O dilema preventivista – contribuição para a compreensão e a crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BRASIL, *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família-2001-2002*. Brasília-DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Programa de Atenção Básica-PAB- Parte Fixa*. Brasília:Secretaria Executiva, 2001.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. *Referencial Curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde*. Brasília/DF, 2004.

Castro, N. A . Qualificações, Qualidades e Classificações. In: *Revista Educação e Sociedade*, nº 45, agosto, 1993.

²¹ Os médicos, em geral, são a referência da equipe e ganham muito mais que os outros profissionais.

Hirata, H. "Reestruturação produtiva, trabalho e relações de gênero" In: *Revista Latinoamericana de Estudos do Trabalho*, 1998.

Kergoat, D. "Por uma problemática do processo de trabalho doméstico." In: Vários, *O sexo do trabalho*. R. J , Paz e Terra. 1987.

Machado L. "Qualificação do Trabalho e relações sociais" In: Fidalgo, Fernando Selmar (org.) *Gestão do Trabalho e Formação do Trabalhador*. Belo Horizonte, MG: Movimento de Cultura Marxista, 1996.

MOTTA, V.C. "Da ideologia do capital humano à ideologia do capital social: as políticas de desenvolvimento do milênio e os mecanismos hegemônicos de educar para o conformismo." Tese (Doutorado) Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

Montaño, C. *Terceiro setor e questão social. Crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo, Cortez, 2003.

Morosini, M.V. et al. "O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional". In: *Trabalho, Educação e Saúde*, v5, nº 2, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2007.

Neves, L. W. et al. *A Nova Pedagogia da Hegemonia: Estratégias do Capital para Educar o Consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

NEVES, L.M.W; PRONKO M; MENDONÇA,S.R. "Capital social". In:EPSJV (org) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

Nogueira , R. P. "O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica e "universalista" e a dimensão social comunitarista." *Interface -Comunicação, Saúde e Educação*, V6,n10,2002.

Nogueira, R. P. et al. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis. O Agente Comunitário de Saúde*. R.J, 2000. Disponível em: [Http://www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br)

Ramos, M. *A pedagogia das competências: Autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2002.

Ribeiro E. M. *As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF)*, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org>

Rizzotto, M. L. F. "O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil anos 90: Um projeto de desmonte do SUS". Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2000.

Paim, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas*. In: Matta, G.C. e Lima J.C. (orgs). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro, Fiocruz/EPSJV, 2008.

Pereira, I. B e Ramos, M. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

Santos, W. G. dos. *Cidadania e justiça*. Ed. Campus, 1979.

Silva, A. J e Dalmaso A. “O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde”. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, V6, n10,2002.

Silva, A. J.e Dalmaso, A. S. *Agente Comunitário de Saúde: O ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Silva, F. D. “A atenção básica do Sistema Único de Saúde no contexto do ajuste neoliberal do Estado brasileiro: análise das relações entre a estratégia de saúde da família, pacotes clínicos-essenciais e novo universalismo”. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2008.

Tartuce, G.L.P. “Tensões e intenções na transição escola trabalho: um estudo das vivências e percepções de jovens sobre o processo de qualificação profissional e (re)inserção no mercado de trabalho na cidade de São Paulo.Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, 2007.