

# Para além da comunidade

trabalho e qualificação  
dos agentes comunitários  
de saúde

**Organização**

Monica Vieira

Anna Violeta Durão

Marcia Raposo Lopes

# **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

## **Presidente**

Paulo Ernani Gadelha Vieira

# **ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO**

## **Diretora**

Isabel Brasil Pereira

## **Vice-diretora de Ensino e Informação**

Márcia Valéria Morosini

## **Vice-diretor de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico**

Maurício Monken

## **Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional**

Sergio Munck

# **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**

**Monica Vieira**  
**Anna Violeta Durão**  
**Marcia Raposo Lopes**  
organização



2011  
Rio de Janeiro  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Copyright © 2011 das organizadoras  
Todos os direitos desta edição reservados à  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

**Coordenação Editorial** Cátia Guimarães

**Edição de Texto** Lisa Stuart

**Capa** Mário Carestiatto

**Diagramação** Zé Luiz Fonseca

Catálogo na fonte  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
Biblioteca Emília Bustamante

---

V658p

Vieira, Monica

Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde / Organização de Monica Vieira; Anna Violeta Durão; e Marcia Raposo Lopes. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

210 p.

ISBN: 978-85-98768-59-5

1. Agente comunitário de saúde. 2. Qualificação profissional. 3. Políticas de saúde. 4. Pessoal de saúde. 5. Educação em saúde. I. Título II. Durão, Anna Violeta. III. Lopes, Márcia Raposo.

CDD 362.10425

---

### **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz**

Av. Brasil, 4.365

21040-360 - Manguinhos

Rio de Janeiro, RJ

Tel.: (21) 3865-9797

[www.epsjv.fiocruz.br](http://www.epsjv.fiocruz.br)



Eu me pergunto quando é que as pessoas estudiosas, aquelas que tiveram a oportunidade de cursar uma faculdade, vão começar a olhar a educação como qualidade de cultura e de vida de um povo; quando vão interpretar a qualificação dos trabalhadores, inclusive dos trabalhadores do SUS, como qualidade de vida para os brasileiros.

**Tereza Ramos, agente comunitária de saúde**



# SUMÁRIO

<b>Lista de siglas.....</b>	<b>9</b>
<b>Prefácio.....</b>	<b>13</b>
Eduardo Stotz	
<b>Apresentação.....</b>	<b>17</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>23</b>
Monica Vieira, Marcia Raposo Lopes, Anna Violeta Durão e Filippina Chinelli	
<b>A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990.....</b>	<b>33</b>
Filippina Chinelli, Alda Lacerda e Monica Vieira	
<b>O trabalho e a educação na saúde: a “questão dos recursos humanos”.....</b>	<b>79</b>
Monica Vieira, Filippina Chinelli e Marcia Raposo Lopes	
<b>Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação.....</b>	<b>119</b>
Anna Violeta Durão, Márcia Valéria Morosini e Valéria Carvalho	
<b>A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde.....</b>	<b>161</b>
Marcia Raposo Lopes, Anna Violeta Durão e Valéria Carvalho	
<b>As autoras.....</b>	<b>209</b>





## LISTA DE SIGLAS

Abrasco – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

ABS – atenção básica à saúde

ACS – agente comunitário de saúde

Aids – síndrome de imunodeficiência adquirida

Amacs – Associação Municipal de Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro

Anas – Associação Nacional de Agentes de Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – atenção primária à saúde

CADRHU – Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde

CEBs – comunidades eclesiais de base

CEFORS – Centros de Formação de Recursos Humanos em Saúde

CENDRHU – Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos

Cepal – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIEs – Comissões Permanentes de Integração Ensino–Serviço

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNRHS – Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Conacs – Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde

Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Contag – Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura

Cosems – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

Degerts – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

Deges – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Enemec – Encontro Nacional em Medicina Comunitária

Ensp – Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ)

EPS – educação permanente em saúde

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ)

ESF – Estratégia Saúde da Família

ETSUS – Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde

Fetap – Federação dos Trabalhadores na Agricultura

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

FMI – Fundo Monetário Internacional

Imip – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Recife/PE)

IMS – Instituto de Medicina Social (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ)

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

Mare – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MEC – Ministério da Educação

Mops – Movimento Popular de Saúde

MPT – Ministério Público do Trabalho

MS – Ministério da Saúde

NOB/RH–SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS

OCDE – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico

ODRH – órgãos de desenvolvimento de recursos humanos

OMS – Organização Mundial de Saúde

Opas – Organização Pan-Americana da Saúde

Oscip – organização da sociedade civil de interesse público

PAB – Piso da Atenção Básica

Pacs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAR – Plano de Ação Regional

PCCS/SUS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários do Sistema Único de Saúde

PEC – Programas de Extensão de Cobertura

Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

Pnacs – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

Pneps – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNRHS – Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde

PPREPS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

Proformar – Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde

ProgeSUS – Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS

PSF – Programa Saúde da Família

RHS – recursos humanos em saúde

RJU – Regime Jurídico Único

Rorehs – Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SBS – serviços básicos de saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Siab – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPE – Universidade do Estado de Pernambuco

Usaid – Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional

USF – Unidade de Saúde da Família

## PREFÁCIO

A temática deste livro, escrito a várias mãos, é a formação dos agentes comunitários de saúde. Uma temática consiste no conjunto de temas abordados segundo determinado critério; neste caso, trata-se dos desafios à formação desses profissionais de saúde, compreensíveis apenas se pensados à luz da política pública e do sistema de saúde em que estão inseridos. De fato, *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde* traz os resultados de pesquisa, realizada entre 2008 e 2010, que aborda esses temas com o intuito de analisar as relações entre as políticas de saúde, trabalho e educação na saúde no Brasil relacionadas à qualificação dos agentes comunitários de saúde durante o primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva.

Vale destacar um aspecto importante: a pesquisa foi realizada por Monica Vieira, Filippina Chinelli, Marcia Raposo Lopes, Anna Violeta Durão, Márcia Valéria Morosini, Alda Lacerda e Valéria Carvalho, pesquisadoras da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, instituição acadêmica que possui uma acumulação teórica, metodológica e de conhecimento científico e técnico acerca dessa política em sua dimensão educacional e pedagógica. Mais ainda: uma instituição que tem sabidamente uma posição no que diz respeito à formação de técnicos de nível elementar e médio, como é o caso dos agentes comunitários de saúde.

Estamos aqui diante da situação de uma pesquisa na qual as pesquisadoras se encontram em grande medida implicadas com o objeto de seu estudo. Como garantir o máximo distanciamento necessário à objetivação do conhecimento sem deixar de assumir uma posição própria num debate público no qual questões de valor estão envolvidas?

Podemos dizer ao leitor e à leitora da temática desenvolvida neste livro que o caminho escolhido para esse difícil equilíbrio entre distanciamento e envolvimento entre ciência e política foi, a nosso ver,

adequado e bem-sucedido. A saber, os princípios teórico-metodológicos, fundamentais a qualquer ciência social empenhada em conhecer para transformar, ou seja, os de que qualquer processo ou fato social somente é compreensível na trama e amplitude de suas relações; todo fato social é um fato histórico; e não há fato social sem doutrina (correntes de pensamento) que o defina.

A obra, sustentada numa aprofundada análise de documentos oficiais e na cuidadosa interpretação dos depoimentos de atores implicados na política de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), e em particular dos agentes comunitários de saúde, no período de 2003 a 2010, traz, além dos resultados empíricos, uma reflexão crítica sobre a chamada “nova gestão pública” e a ideologia comunitarista, que caracterizam, no plano das correntes de pensamento dominante, o neoliberalismo em sua segunda onda, sustentada na chamada terceira via, ou da socialdemocracia, que tenta conciliar os conflitos de classe entre capital e trabalho em defesa de um capitalismo “popular”. Tais considerações são relevantes para se entender como a implantação e a expansão do Sistema Único de Saúde a partir do início do Governo Collor de Mello em 1990 teve de se dobrar às exigências do neoliberalismo.

Inicialmente, reforçamos a constatação, apresentada na introdução, de que os agentes comunitários de saúde representam um segmento considerável da força de trabalho no setor, pois, conforme dados do Ministério da Saúde em 2009, havia cerca de 230 mil desses trabalhadores atuando no país. Não é exagero afirmar que a universalização da cobertura dos serviços, como contrapartida do dever do Estado de assegurar o direito social à saúde, dificilmente alcançaria o nível atual não fosse a atuação desses trabalhadores.

A importância dos agentes comunitários de saúde, reconhecidos oficialmente em 2006, está relacionada, portanto, à implantação e à expansão do SUS. Mais ainda, tem por objetivo assegurar a reorientação do modelo de atenção à saúde, posto ser atribuído aos agentes comuni-

tários de saúde a capacidade de estabelecer o elo entre a “comunidade” e os serviços de saúde. Contudo, como se analisa no livro, a simplificação da formação e a precarização do vínculo de trabalho revelam a coexistência, nesse sistema, de duas lógicas: a da universalização da cobertura e a da focalização das ações nos grupos mais pobres da população, considerados socialmente vulneráveis. Outra questão que se articula a essa é a do papel dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família, encarada como padrão da reorientação do modelo assistencial.

Esse processo não se deu sem lutas, atestadas nas conferências nacionais de saúde e também na mobilização dos agentes comunitários de saúde pela regulamentação da sua profissão, referidas no livro. Não podemos deixar de ressaltar, contudo, na nossa leitura, a relevância de duas resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde. Referimo-nos à estatização progressiva do setor saúde e à sua descentralização, por meio da regionalização, premissas para a futura construção de um sistema nacional de saúde. A impossibilidade de sua realização imediata por causa da correlação de forças desfavorável não descaracteriza a necessidade da incorporação desses objetivos como parte da estratégia de luta, válida para um longo período, das organizações das classes trabalhadoras interessadas na universalização dos direitos sociais, como o direito à saúde.

Que este livro possa chegar às suas mãos, caro leitor, cara leitora, para suscitar novas reflexões, tendo em mente outros objetivos, numa história aberta para que se possa cumprir o ditado “os livros têm o seu destino”.

**Eduardo Stotz**

junho de 2011





## APRESENTAÇÃO

O estudo do trabalho e da qualificação dos agentes comunitários de saúde (ACSs) precisa associar, necessariamente, condições socioeconômicas, pobreza, atenção primária em saúde e formação simplificada de trabalhadores para a prestação de cuidados também simplificados às classes socialmente desfavorecidas. E isso impôs que se tomassem as políticas públicas de saúde no contexto mais amplo do desenvolvimento da sociedade brasileira, enquanto formação histórico-social dependente. Essa perspectiva implicou imprimir um caráter qualitativo à coleta de informações, privilegiando-se a realização de entrevistas semiestruturadas com os ocupantes de cargos públicos de gestão e de instâncias de representação coletiva envolvidos com o trabalho e o processo de qualificação dos ACSs, além da consulta à legislação e aos documentos oficiais pertinentes ao tema da pesquisa.

Visto que a formação e a atuação dos trabalhadores de saúde, sobretudo aqueles de nível técnico e auxiliar, caracterizaram-se, ao menos até a metade dos anos 1970, pela fragmentação e a quase inexistente institucionalização de políticas específicas, as informações coletadas para esse período foram basicamente fornecidas pelos debates e recomendações emanadas das Conferências Nacionais de Saúde. Para tanto, consultaram-se os relatórios desses eventos, além da produção acadêmica sobre o tema. As políticas colocadas em prática a partir da década de 1980 foram analisadas com base em material mais diversificado, incluindo a consulta à legislação específica e os relatórios de várias conferências realizadas no período, pelo Ministério da Saúde, sobre a questão dos recursos humanos. Consideraram-se, ainda, documentos produzidos por diferentes órgãos da administração pública, sempre cotejados com análises acadêmicas sobre o tema.

Ao todo, foram realizadas nove entrevistas, orientadas por roteiro previamente definido, contendo questões comuns a todos os entrevistados, além de perguntas específicas, considerando a posição por eles ocupada. A seguir, a relação dos entrevistados:

- **Afra Suassuna Fernandes:** médica; ex-diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS; atualmente, é médica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, em Recife/PE.
- **Célia Regina Pierantoni:** médica e doutora em Saúde Coletiva; ex-diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), da SGTES/MS; atualmente, é professora do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), diretora do centro colaborador da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da estação de trabalho do Observatório de Recursos Humanos do IMS/Uerj.
- **Júlio Müller:** médico e doutorando em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); ex-secretário estadual de Saúde de Mato Grosso, ex-secretário municipal de Saúde de Cuiabá/MT e ex-presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); atualmente, é professor da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).
- **Maria Helena Machado:** socióloga, doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj) e pesquisadora da Ensp/Fiocruz; é diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), da SGTES/MS.
- **Maria Luiza Jaeger:** socióloga; ex-secretária estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e ex-secretária da SGTES/MS; atualmente, é consultora de saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS).

- **Ricardo Ceccim:** sanitarista, doutor em Psicologia e pós-doutor em Antropologia Médica pela Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, Espanha); ex-diretor da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e ex-diretor do Deges/SGTES/MS.
- **Rose Marie Inojosa:** possui graduação em Comunicação Social pela Universidade de São Paulo (USP) e é doutora em Saúde Pública pela mesma instituição; ex-secretária executiva do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems).
- **Simone Machado:** enfermeira e doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); ex-coordenadora de Ações Técnicas do Deges/SGTES/MS.
- **Tereza Ramos:** agente comunitária de saúde de Pernambuco; militante histórica na saúde pública, participou do Movimento Popular de Saúde (Mops) e foi presidente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs).

As análises das entrevistas e dos documentos resultaram em quatro artigos que tematizam a constituição do campo de recursos humanos em saúde, e a sua transfiguração, com a criação da SGTES, tomando como objeto específico a qualificação dos ACSs. Embora os artigos guardem independência entre si, compõem um todo orgânico no qual as discussões se entrelaçam.

O artigo “A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde na década de 1990” analisa inicialmente a década de 1980, marcada pela crise da dívida externa, mas também por importantes conquistas políticas da sociedade brasileira em sua luta pela redemocratização, consolidada na Constituição de 1988, cujo texto também expressa a vitória possível do movimento sanitário na época, configurada na criação do Sistema Único de Saúde. Tem por

objetivo analisar as repercussões da reconfiguração gerencial do Estado brasileiro idealizada por Bresser-Pereira e implementada por Fernando Henrique Cardoso a partir de 1995 nas políticas de formação profissional e nas relações de trabalho em que estão inseridos os trabalhadores da saúde – e mais especificamente, aqueles que atuam nos serviços de atenção básica, como os agentes comunitários de saúde. Considera, na análise, as repercussões do ajuste macroestrutural imposto pelos organismos financeiros internacionais às economias endividadas, em consonância com o ideário que prega a liberdade do mercado, isto é, a sua autorregulação.

O artigo “O trabalho e a educação na saúde: a ‘questão dos recursos humanos’” retoma as questões tratadas no primeiro texto, enfatizando as repercussões da criação da SGTES nas relações entre as políticas de trabalho e as políticas de educação na saúde. Ao inaugurar na instância federal um espaço destinado à formulação de políticas voltadas para a gestão do trabalho e da educação na saúde, a secretaria foi ao encontro de demandas históricas de diferentes atores envolvidos no processo de consolidação do SUS. O texto indica o caráter contraditório das mudanças introduzidas na até então chamada área de recursos humanos em saúde com a criação do novo órgão, colocando em relevo significados e disputas que atravessam o processo de construção da relação trabalho/educação na saúde, com ênfase no período que vai de 2003 a 2007.

Em “Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação” são analisados os principais marcos históricos da qualificação dos ACSs, ressaltando-se os significados dados ao conceito de comunidade e à sua relação com o Estado, significados que se transfiguram de acordo com as relações sociais em disputa. Explicita-se o papel atribuído aos agentes de saúde nos governos militares e no movimento da Reforma Sanitária e os diferentes usos do conceito de comunidade em um momento da luta política para a constituição do SUS. Analisa-se a seguir o redirecionamento políti-

co e ideológico do conceito de comunidade a partir dos anos 1990, quando passa a ser entendido como lócus da sociedade civil, ou seja, como instância separada do Estado, bem como as implicações dessa “rotação” sobre a qualificação dos ACSs.

O último artigo, “A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde”, trata do processo de qualificação desses trabalhadores. Na medida em que as atividades desenvolvidas pelo agente estão inseridas no âmbito das ações de atenção básica em saúde, discute-se, inicialmente, as diferentes concepções que conformam e permeiam tais ações, para, em seguida, considerar o que se desenha como o papel do agente comunitário de saúde na atenção em saúde. Problematiza-se a “natureza” essencialmente comunitária do seu trabalho, o que para alguns gestores e estudiosos do tema descaracterizaria o agente como profissional de saúde, desvinculando-o do quadro de trabalhadores do Estado. Com base nessa discussão, analisa-se o debate sobre as políticas de gestão do trabalho e da educação para os agentes, tendo como substrato os depoimentos de sujeitos políticos importantes.

Esperamos que este livro traga elementos que possam contribuir para a efetiva qualificação dos trabalhadores do SUS, em especial dos ACSs, fortalecendo a compreensão do campo do trabalho e da educação na saúde.

Gostaríamos de terminar esta apresentação ressaltando que este trabalho só foi possível graças à ajuda e à participação de várias pessoas que não compõem a equipe de autores do livro. São elas: Julia Polessa, Daiana Crus e toda a equipe do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (Lateps), da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), em especial, Roberta Coroa e Josiane Ribeiro.

**As organizadoras**



## INTRODUÇÃO

Monica Vieira  
Marcia Raposo Lopes  
Anna Violeta Durão  
Filippina Chinelli

Este livro trata dos resultados da pesquisa *Qualificação dos agentes comunitários de saúde: dinâmicas e determinantes*, realizada, no período 2008-2010, pelo Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). A pesquisa teve por objetivo analisar as relações entre políticas de saúde, trabalho e educação na saúde no Brasil, e suas expressões na qualificação desses trabalhadores, a partir da criação em 2003, no início do primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS).

O estudo baseou-se na constatação de que há mais de uma década os agentes comunitários de saúde (ACSs) vêm constituindo um segmento considerável da força de trabalho no setor: segundo dados do Ministério da Saúde, em 2009 havia mais de 230 mil desses trabalhadores atuando no país. Note-se ainda que, em estudo anterior,<sup>1</sup> foi possível verificar referirem-se a maioria dos projetos de educação permanente em saúde a propostas de cursos, em grande parte na atenção básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF).

O aumento no número desses trabalhadores, bem como o crescimento da abrangência da Estratégia Saúde da Família podem ser

---

<sup>1</sup> *Análise da política de educação permanente em saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde* (Observatório dos Técnicos em Saúde, 2006), que analisou os pareceres técnicos e projetos de educação permanente aprovados pelo MS entre 2003 e 2005.

indicativos de, ao menos, duas lógicas políticas distintas: de um lado, uma política que busca romper com o modelo hospitalocêntrico, visando reconfigurar a forma de atenção à saúde no país e avançar na concretização do Sistema Único de Saúde (SUS); de outro, uma política de focalização direcionada a grupos em situação de extrema pobreza, em resposta à intensificação das políticas neoliberais a partir da década de 1990.

O expressivo incremento numérico e geográfico dos ACSs tem relação direta com a reorientação do modelo assistencial, fortemente marcada pelas formulações da política de saúde da esfera federal, em especial pelas normas e regulações<sup>2</sup> que visaram priorizar a expansão do nível de atenção básica no sistema de saúde. No entanto, a reforma gerencial do Estado brasileiro, cujos primeiros passos foram dados pelo Governo Collor de Mello (1990-1992) e que foi finalmente instituída em 1995, mediante a implementação do Plano Diretor da Reforma do Estado durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, com expressões de continuidade nos anos Luiz Inácio Lula da Silva, tem impedido que as políticas de saúde sejam postas em prática de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, Mendes (1994, p. 80) ressalta que, apesar de ter havido na Constituição uma ruptura com os mecanismos de proteção social ligados aos interesses corporativos, elementos estruturais e conjunturais acabaram por favorecer um setor moderno privado, que ampliou sua clientela mediante mecanismos de financiamento, configurando um processo de “universalização excludente” que se caracteriza pela seletividade dos grupos atendidos. Fleury (2004) caminha na mesma direção, destacando a regressão das propostas universalistas na área da saúde durante a década de 1990. A autora ressalta o caráter focalizado das ações de saúde, que passaram a ser implementadas por organiza-

---

<sup>2</sup> Nos anos 1990, com a operacionalização do Programa Saúde da Família (PSF), destaca-se a priorização do nível de atenção básica, o que, em grande medida, foi possibilitado pelo investimento do Ministério da Saúde na universalização desse nível de atenção, verificada especialmente na Norma Operacional Básica de 1996 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS em 2001.



ções da sociedade civil, em determinados grupos e territórios, sob a alegação de que assim os recursos chegariam de maneira mais eficaz aos necessitados, evitando-se os extravios em grupos corporativos mais poderosos. Gerou-se, dessa maneira, um modelo de política social para o combate à pobreza que se caracteriza por:

a) desenvolvimento de conhecimentos, instrumentos técnicos e práticas específicas de caracterização econômica e identificação espacial da pobreza; b) criação de fundos de inversão social ou de emergência com recursos canalizados predominantemente a partir de doações e de empréstimos das agências internacionais a projetos específicos; c) uma estrutura institucional que se identifica como mais flexível, caracterizada por parcerias com o terceiro setor, pelo chamado à responsabilidade social das empresas e por estruturas governamentais diretamente vinculadas ao governante máximo ou à primeira dama. (Fleury, 2004, p. 125)

Nessa lógica, a incorporação dos agentes comunitários de saúde, com a expansão da Estratégia Saúde da Família, seria uma forma de racionalização dos custos, com o emprego de uma mão de obra barata, com fracos vínculos empregatícios e de baixa qualificação. A fragilidade das modalidades de contratação desses trabalhadores pode contribuir para a rotatividade significativa e a insatisfação profissional, interferindo no trabalho realizado pela ESF. Essa situação é ainda mais complexa quando consideramos que, mesmo com os esforços do Governo Luiz Inácio Lula da Silva a partir de 2003, materializados, entre outros, no programa DesprecarizaSUS, um grande contingente desses trabalhadores ainda permanece com inserção precária no sistema.

Essas questões foram tema da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde,<sup>3</sup> realizada em Brasília em março

---

<sup>3</sup> Denominada “Trabalhadores da saúde e a saúde de todos: práticas de trabalho, gestão, formação e participação”, a conferência foi estruturada em quatro eixos temáticos: gestão democrática e participativa no trabalho em saúde: agenda estratégica e financiamento; gestão democrática e participativa

de 2006, que incluiu em sua pauta de discussões sobretudo reivindicações relativas à normatização da profissão e ao aumento da qualificação dos agentes comunitários de saúde.

De forma sintética, o documento de referência (Brasil, Ministério da Saúde, 2005) do evento apresenta propostas relativas à gestão do trabalho que sinalizam a necessidade de responsabilização do Ministério da Saúde, com o objetivo de: a) assumir o repasse de verbas e os direitos trabalhistas referentes ao trabalho dos ACSs; b) estabelecer diretrizes orientadoras, com critérios para a elaboração de processo seletivo público de ACSs, contemplando as normas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa Saúde da Família (PSF), com garantia de direitos trabalhistas e exigência de moradia na microárea; c) regularizar a condição trabalhista dos ACSs, com efetivação dos que já estão atuando, e propor processo seletivo público para os novos agentes; d) abolir a terceirização no SUS, considerando o tempo de serviço dos ACSs para efeito de cálculo previdenciário; e e) incluir os ACSs nos planos de carreira e assegurar maior reconhecimento do trabalho dos ACSs, por meio de incentivo salarial.

Apesar de serem considerados trabalhadores estratégicos para a efetiva implantação do SUS, e mesmo com a longa luta pelo reconhecimento das atividades que desempenham como uma profissão da saúde, os avanços na desprecarização das relações de trabalho a que os ACSs estão submetidos, aí incluída a remuneração digna e o acesso a uma formação técnica adequada, são bastante tímidos.

Ressalta-se que a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2003, no contexto da reestruturação do Ministério da Saúde logo no início do primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva, é considerada por estudiosos do tema como importante marco no sentido da efetiva institucionalização do trabalho dos ACSs.

---

na educação em saúde: agenda estratégica e financiamento; negociação na gestão do trabalho e da educação na saúde: valorização, humanização e saúde do trabalhador; e controle social na gestão do trabalho e da educação na saúde.

Isso porque teria inaugurado, na instância federal, um espaço destinado à formulação de políticas voltadas para a gestão do trabalho e da educação na saúde que vão ao encontro de demandas tanto dos gestores quanto dos trabalhadores da saúde pública.

De fato, a nova configuração organizacional da área de recursos humanos na saúde evidenciou uma perspectiva de inovação na política de qualificação e nas relações de trabalho, em conexão com a perspectiva integrada que o Ministério da Saúde pretendia dar às suas ações. A esse respeito, Vieira ressalta a impossibilidade de se “abordar a questão da qualificação sem questionar a maneira de organizar o trabalho, devendo-se pensar nas mudanças possíveis nas organizações e nas transformações dos seus modelos de gestão” (2005, p. 33).

Por um lado, essa perspectiva procurou atender aos princípios da Reforma Sanitária, inscritos, desde 1988, na Constituição do país e incluídos no programa de governo do candidato Luiz Inácio Lula da Silva. Por outro, ao enfatizar modelos gerenciais orientados pela “nova gestão pública”, centrada na flexibilidade das relações de trabalho e na busca da produtividade do sistema, essa perspectiva introduziu no âmbito das políticas voltadas para os trabalhadores técnicos<sup>4</sup> da saúde, aí incluídos os ACSs, uma contradição que se expressa na definição e execução de políticas que não raramente vão de encontro às demandas desses trabalhadores, organizados na Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs). Tudo isso revela que a prática dos ACSs se dá em um espaço de luta, em decorrência da orientação do projeto político não só do trabalho cotidiano e da formação desses trabalhadores, como também do modelo assistencial de saúde.

A investigação visou identificar os principais sujeitos envolvidos nessa luta, analisar os principais direcionamentos, embates e concepções em disputa, bem como compreender seus efeitos no processo de trabalho e de qualificação profissional desses trabalhadores. Em termos

---

<sup>4</sup> Na categoria “trabalhadores técnicos”, incluímos os técnicos propriamente ditos e os auxiliares, entre os quais se encontra a maioria dos agentes comunitários de saúde do Brasil.

mais específicos, procurou: a) identificar os principais determinantes políticos, sociais e econômicos da qualificação do agente comunitário de saúde; e b) analisar as relações entre a qualificação dos ACSs e as políticas de gestão do sistema, do trabalho e da educação na saúde.

## **Referencial teórico e metodologia**

Não é demasiado ressaltar que tanto a construção de um objeto de pesquisa quanto a definição de como investigar remetem às opções teórico-epistemológicas e ético-políticas dos pesquisadores, ao conhecimento anterior sobre o tema e à historicidade dos fenômenos sociais estudados. A investigação de que trata este livro toma como eixo estruturador a relação entre trabalho e educação/formação profissional, considerando-a na totalidade histórica e contraditória da formação social brasileira, tendo como pano de fundo as transformações que seguem seu curso no capitalismo contemporâneo.

Esta pesquisa compreende a qualificação como construção histórica e social. Nesse sentido, considera que a análise do processo de qualificação dos ACSs relaciona dialeticamente questões que se referem às transformações no mundo do trabalho e à formação profissional desse grupo com aquelas que dizem respeito à organização e à regulação das relações de trabalho.

Com isso, quer-se ressaltar, de um lado, que a qualificação está relacionada à existência de regras coletivamente produzidas, partilhadas e barganhadas – e não necessariamente decorrentes da natureza mesma da ocupação desempenhada pelo trabalhador (Castro, 1994). Essa concepção acolhe visões diferenciadas no que se refere à possibilidade de relação entre a habilitação técnica do trabalhador e a sua condição de qualificado. De outro lado, afirma-se que a compreensão do processo de qualificação dos ACSs deve ser buscada na própria trama das relações políticas e técnicas presentes na dinâmica social do Brasil

contemporâneo. Nessas relações estão refletidas as experiências que os trabalhadores trazem e com as quais barganham a sua inserção nos sistemas de classificação que organizam as relações no campo profissional (Castro, 1993).

A qualificação pode ser compreendida como arena política na qual são disputadas credenciais que conferem reconhecimento e asseguram o acesso a classificações vigentes no mundo do trabalho. A dinâmica da qualificação representa uma mediação para a compreensão das relações sociais e técnicas capazes de explicar as circunstâncias pelas quais um grupo profissional alcança reconhecimento social (Machado, 1996).

Nessa perspectiva, a análise empreendida nos textos que se seguem considerou a pertinência de incluir as orientações, não necessariamente convergentes, relativas ao processo de qualificação dos ACSs emanadas das principais instâncias envolvidas, sobretudo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), órgão do Ministério da Saúde. Para tanto, partiu-se do pressuposto de que as políticas públicas expressam o embate entre diferentes concepções de Estado e de sociedade, e resultam da configuração que a correlação de forças entre classes e frações de classe assume em momentos históricos específicos. Os textos se ocupam dos significados e disputas subjacentes às políticas de formação e regulamentação do trabalho dos ACSs, e de suas orientações teóricas e ideológicas, enfatizando aquelas implementadas desde o início da primeira gestão de Luiz Inácio Lula da Silva.

A análise empreendida tem como pano de fundo a crítica à concepção restrita e negativa do Estado, que dicotomiza a relação entre Estado e sociedade civil, essa última sempre carregada de positividade. Considera-se que a interpretação do Estado como excessivamente burocratizado, perdulário e incompetente e da sociedade civil como lócus da liberdade, da eficiência e da transparência administrativa – e até mesmo da redenção das classes dominadas (Neves, 2005) – acaba por favorecer a perspectiva liberal, que, em última instância, propõe a reconfiguração dos seus aparelhos e a conseqüente redução do espaço público.

O que está em questão não é a redução do tamanho do Estado, mas a redefinição de seu papel de “produtor direto do aumento da produtividade da força de trabalho” para o “gestor da reprodução ampliada do capital e do trabalho” (Neves e Pronko, 2010, p. 105). Acompanhando essa perspectiva, o Estado é aqui tomado como “a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe” (Poulantzas, 1980, p. 147, apud Neves e Pronko, 2010, p. 99), o que permite

[...] compreender as funções diferenciadas que ele desempenha, como resultado da sua configuração específica, no que diz respeito às classes dominantes e às classes dominadas. Em relação às classes dominantes, o Estado representa e organiza o interesse político de longo prazo do bloco no poder, entendido não como um bloco monolítico, mas como unidade conflitual entre classes e frações de classe. Isso é possível, segundo o autor [referem-se a Poulantzas], porque o Estado detém uma autonomia relativa em relação a classes e frações de classe particulares, representando o interesse político de longo prazo da burguesia em seu conjunto, isto é, do capitalista coletivo, embora o faça sob a direção de uma dessas classes ou frações. (Ibid.)

Assim, as políticas sociais são aqui tomadas como espaços de luta e de contradições entre racionalidades e interesses que disputam a hegemonia. Em síntese, com o objetivo de dar maior clareza aos diferentes interesses atualmente em disputa no campo do trabalho e da educação na saúde, este estudo tratou de enfatizar a diversidade das forças políticas em jogo, a fim de subsidiar políticas públicas que atendam aos interesses da classe trabalhadora e contribuam para a consolidação do SUS.

## Referências bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em atuação: competência dezembro/2008*. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/abnumeros/historico\\_2008.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf). Acesso em: 14 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. *Documentos preparatórios para a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros. Práticas de trabalho, gestão, formação e participação*. Brasília: Ministério da Saúde–Conselho Nacional de Saúde, 2005.

CASTRO, Nadya. Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna. In: CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO (org.). *Trabalho e educação*. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1994. p. 69-83.

\_\_\_\_\_. Qualificação, qualidades e classificações. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 4, n. 45, ago. 1993.

FLEURY, Sonia. Contra-reforma e resistência. In: ROCHA, Denise; BERNARDO, Maristela (org.). *A era FHC e o Governo Lula: transição?* Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2004.

MACHADO, Lucília. Qualificação do trabalho e relações sociais. In: FIDALGO, Fernando S. (org.). *Gestão do trabalho e formação do trabalhador*. Belo Horizonte: MCM, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: \_\_\_\_\_. (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *Pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005b.

NEVES, Maria Lúcia; PRONKO, Marcela. A atualidade das idéias de Nicos Poulantzas no entendimento das políticas sociais no século XXI. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate*, Londrina, v. 2, n. 1, p. 97-111, jan. 2010.

OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE. *Análise da política de educação permanente em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2006. Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/home.php?pagina=conteudo.php&Area=Projeto&Num=184&Concluido=1>. Acesso em: 15 dez. 2010.

POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o poder, o socialismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

VIEIRA, Monica. *Trabalho e qualificação no SUS e a construção dos modos de ser trabalhador nas organizações públicas de saúde*. Rio de Janeiro, 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.



# A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990

Filippina Chinelli  
Alda Lacerda  
Monica Vieira

## Introdução

Este texto trata das repercussões da reconfiguração do Estado brasileiro nas políticas de formação profissional e nas relações de trabalho nas quais estão inseridos os trabalhadores da saúde e, mais especificamente, aqueles que atuam nos serviços de atenção básica<sup>1</sup> – entre os quais se encontram os agentes comunitários de saúde (ACSs) – durante os anos 1990. Aborda-se inicialmente a década de 1980, quando essa reconfiguração começa a se esboçar, num período em que o país vivia grave crise econômico-social, ao mesmo tempo em que, com o acirramento da luta pela redemocratização, ganhava impulso o movimento sanitário.

Não é sem razão que o epíteto “década perdida” é quase consensual entre os analistas que se debruçam sobre a economia brasileira dos anos 1980. De fato, a desaceleração do rápido crescimento verificado durante o regime militar – crescimento que se baseou em forte endividamento externo a juros flutuantes – e o estancamento do fluxo de investimentos externos acarretaram graves consequências econômicas e sociais. Os investimentos deram lugar a empréstimos e, como todos os países latino-americanos naquele período, o país ingressou na crise da dívida.

---

<sup>1</sup> O Brasil é o único país que utiliza a expressão “atenção básica” para se referir à atenção primária em saúde, com a intenção de se contrapor à atenção primária seletiva, o que justifica a sua utilização no presente artigo.

Na década de 1980, o Brasil enfrentava, na opinião de Fiori (1992), uma “crise orgânica do Estado”, caracterizada por uma “situação de ingovernabilidade” que obrigou os “setores autoritários” a transferirem o comando do país à “fração conservadora da oposição democrática” (1992, p. 43), com a escolha de Tancredo Neves para a Presidência da República, cuja morte inesperada alçou ao posto José Sarney (1985-1989). Sarney assumiu o governo apregoando que modernizaria a administração pública. Na época, fatores externos e internos pressionavam no sentido da rejeição do antigo formato – considerado pelo bloco no poder estatista-concentrador. Porém a concepção de Estado como promotor do bem público e representante dos interesses gerais, explicitada na Constituição de 1988 e defendida principalmente pelos movimentos sociais organizados e por associações, sindicatos e organizações de classe – aí incluído o movimento pela Reforma Sanitária –, opunha-se naquele momento a esses interesses.

De fato, especificamente no que se refere à saúde, a segunda metade da década de 1980 “é compreendida como a época de ouro da saúde no Brasil pela conquista de um sistema de saúde universal, que passaria a atender a todos, independentemente da condição de trabalhador assalariado” (Lima e Braga, 2006, p. 6). Contudo, os avanços sociais obtidos na nova Carta foram em boa parte desmantelados nos anos que se seguiram, quando, ante a complexa e incerta conjuntura da Nova República, a burguesia brasileira optou pela “fé irrestrita nas leis de mercado” e pela “desconfiança intrínseca na democracia” (Gros, 2003, p. 65), tão ao gosto das agências internacionais de fomento.

Essa trajetória coincidiu, não por acaso, com a ampliação dos acordos entre o Brasil, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, com destaque para aqueles que tinham por objetivo promover ajustes de caráter macroestrutural nas economias endividadas, em consonância com um ideário que pregava a liberdade do mercado, isto é, a sua autorregulação, nela incluídas as políticas sociais. Essa perspectiva seguiu seu curso nos anos 1990, com Fernando Collor

de Mello (1990-1992) e Itamar Franco (1992-1994), e se traduziu na reconfiguração em moldes gerenciais do Estado brasileiro idealizada por Bresser-Pereira e implantada, em 1995, por Fernando Henrique Cardoso, em seu primeiro mandato na Presidência da República.

## **Os trabalhadores da saúde na década de 1980: entre as perdas econômicas do país e os ganhos políticos da saúde**

### **Alma-Ata e a VII Conferência Nacional de Saúde**

Se o tema aglutinador do movimento sanitário durante os anos 1970 havia sido o combate à privatização da saúde intensificada nos governos militares e a defesa da construção de um sistema público de saúde e da saúde comunitária, na nova década a tarefa principal foi a formulação de propostas de organização institucional do setor. Para tanto, além da articulação com o movimento sindical e com outros movimentos sociais pró-democratização do país, técnicos e militantes vinculados ao movimento sanitário passaram a ocupar cargos no Ministério da Saúde (MS) e em órgãos a ele diretamente vinculados.

Para levar adiante a tarefa de construção de um sistema único de saúde, impunha-se enfrentar a necessidade do desenvolvimento quantitativo e qualitativo de trabalhadores para atuarem nos serviços de atenção básica, de acordo com os compromissos assumidos na Conferência de Alma-Ata, realizada na cidade do mesmo nome, localizada na antiga União Soviética, em setembro de 1978. Promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a temática central da conferência versou sobre “Cuidados primários de saúde”, os quais foram definidos da seguinte maneira:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. (Declaração de Alma-Ata, 1978)

Sob a influência dessa perspectiva e em conexão com a luta pela Reforma Sanitária e por um sistema único de saúde, foi realizada, em março de 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que teve como tema central “Extensão das ações de saúde através de serviços básicos”. Seu principal objetivo foi o de “promover o debate amplo de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde),<sup>2</sup> sob a égide dos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, e, ao mesmo tempo, coligir subsídios para o seu aperfeiçoamento” (Brasil, Ministério da Saúde, 1980, p. 3). A leitura dos anais do evento mostra que, em relação aos trabalhadores da saúde, foi centralmente debatido o nível desejável de escolaridade e qualificação e a sua relação com as populações atendidas. Visava-se não apenas melhorar o desempenho dos trabalhadores nos serviços básicos, mas também promover a integração entre as atividades curativas e as preventivas, individuais e coletivas, o que implicava o redirecionamento das políticas de formação profissional (Ferreira e Moura, 2006).

Assim, considerando que “o desenvolvimento de recursos humanos permeia toda a comunidade e que toda a população é, em potencial, recurso humano de saúde” (Brasil, Ministério da Saúde, 1980, p. 164), surgiu nas apresentações e discussões travadas na VII Conferência

---

<sup>2</sup> “O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) – terá como objetivo a extensão dos serviços de saúde a toda a população brasileira, o mais rapidamente possível, implicando em implantação acelerada de uma rede básica de unidades de saúde de cobertura universal, com prioridade para as populações rurais, de pequenos centros e de periferias das grandes cidades.” (Macedo, 1980, p. 28)

Nacional de Saúde a proposta de uma “Política visando à formação de recursos humanos para os serviços básicos de saúde”. Seus aspectos mais diretamente relacionados ao tema deste texto são o fortalecimento dos núcleos de formação de recursos humanos nos níveis central, estadual, municipal e nas universidades – em especial nos departamentos de medicina preventiva e de saúde pública; a implantação do ensino profissionalizante voltado para as realidades regionais nos níveis de 1º e 2º graus;<sup>3</sup> a formação, absorção e regulamentação dos profissionais de nível médio e elementar; a formação de pessoal auxiliar de saúde (agentes de saúde), com a participação das comunidades, visando assegurar a identificação e o comprometimento com a população atendida, nas próprias áreas de desenvolvimento dos programas; a estruturação da carreira de cargos e empregos do agente auxiliar de saúde, visando possibilitar sua inserção, permanência e progressão funcional, com remuneração condigna; e o treinamento em serviço (Brasil, Ministério da Saúde, 1980, p. 166).

Segundo Pereira (2002, p. 20), é a partir dessa conferência e das discussões travadas em torno do Prev-Saúde que os debates sobre a formação profissional dos trabalhadores passaram a considerar a necessidade de substituir a “especialidade pela generalidade” e de “ampliar as ações preventivas e dar maior atenção aos problemas de saúde coletiva” (ibid., p. 40). A autora acrescenta ainda que se aliava a essas ações a busca pela melhoria “na qualidade da assistência (com ênfase no cuidado), oferecida pelas instituições de saúde”, sublinhando-se “a necessidade de formação profissional para trabalhadores de nível médio” (ibid.) e reforçando-se os projetos com esse objetivo, como o Projeto de Formação Profissional em Larga Escala<sup>4</sup> para os trabalhadores de nível médio em saúde, implantado a partir de 1980 no âmbito da cooperação técnica entre o Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

---

<sup>3</sup> Essa terminologia foi substituída, respectivamente, por ensino fundamental e ensino médio pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 (LDB/1996), quando ambos os níveis passaram a compor a educação básica.

<sup>4</sup> Ver a respeito Lima e Braga, 2006.

Cabe assinalar, porém, que, mesmo nesse contexto de abertura política e ideológica fortemente influenciada pelas teses progressistas sobre a questão social e, em particular, pelo movimento sanitário – que tinha como bandeira a saúde como direito de todos e dever do Estado –, verifica-se no âmbito da VII Conferência Nacional de Saúde a presença de forças conservadoras no que se refere à qualificação dos trabalhadores da saúde. A perspectiva de uma capacitação técnica simplificada se evidencia, por exemplo, na posição de um representante do Ministério da Saúde que defende ser o “grau de inserção dos trabalhadores na comunidade” (Brasil, Ministério da Saúde, 1980, p. 124) mais importante do que a qualificação profissional:

Não é o nível de capacitação técnica [do trabalhador] que garantirá maior êxito para os serviços, mas, sim, o grau de inserção desse no contexto social da comunidade. Trata-se antes de preparar recursos humanos aptos a participarem do processo como agentes articuladores entre os serviços e a comunidade, pois que não se mostram tão incontornáveis as dificuldades técnicas identificadas para a prestação destas ações fundamentais que compõem o essencial deste programa. Cabe ressaltar, no entanto, que grande parte das atividades de saúde tem sido marcada pelo fracasso, até o presente, pela falta de interação com as populações-alvo das soluções e metas propostas. (Brasil, Ministério da Saúde, 1980, p. 124)

Tais afirmações comprovam que, no âmbito das políticas de formação profissional em saúde, ainda se mantinha a concepção de que, para as populações mais pobres, bastariam ações de cuidados básicos, prestados por pessoal auxiliar com formação simplificada. Atribuía-se aos trabalhadores a responsabilidade de realizar a “interação” adequada com a “comunidade” e promover a participação social, imputando aos mesmos o sucesso ou o fracasso das ações. Caberia, assim, ao pessoal auxiliar fazer que as “comunidades” superassem a “desconfiança e [o] descrédito muito grande em relação às propostas de ações governamentais”, fortalecendo

a “autorresponsabilidade dos mesmos (indivíduo ou coletivo) no plano local” (Brasil, Ministério da Saúde, 1980, p. 189). Isso significa que, no momento em que o movimento sanitário começava a entrar em sua fase de maior efetividade, ainda se tentava colocar nos ombros dos trabalhadores da saúde e das populações atendidas a promoção individual da saúde. Ou seja, as propostas e políticas que visavam superar os déficits de formação profissional e a heterogeneidade das relações de trabalho configuravam um campo de contradições que representava um desafio para a implantação do modelo de assistência proposto pela Reforma Sanitária.

### **A VIII Conferência Nacional de Saúde, a construção do Sistema Único de Saúde e os trabalhadores da saúde**

Os debates sobre essas questões prosseguiram durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, cujo tema central foi “Democracia e saúde”. A conferência é considerada um dos marcos mais importantes do movimento sanitário, uma vez que logrou estabelecer os princípios políticos e conceituais do processo de transformação do campo da saúde, definir as estratégias a serem defendidas na Constituinte de 1988 e consolidar a opção da reforma pela via institucional. Além disso, a conferência também desempenhou papel fundamental na ampliação do conceito de saúde, considerada “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, e, portanto, “resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Brasil, Ministério da Saúde, 1986b, p. 4). O evento foi importante para a construção não só dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), como também de seus pressupostos organizacionais: descentralização, municipalização, integralização das ações; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação popular e controle social (ibid.), mais tarde incorporados à Constituição de 1988.

Por isso mesmo, além das questões relativas à formação dos trabalhadores, a VIII Conferência Nacional de Saúde deu especial relevo às relações de trabalho, para as quais se fizeram, entre outras, as seguintes recomendações: remuneração condigna e isonomia salarial para as mesmas categorias profissionais nos diferentes níveis de governo; capacitação e reciclagem permanentes; admissão por concurso público; estabilidade no emprego; composição multiprofissional das equipes de saúde; e “incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários” (Brasil, Ministério da Saúde, 1986b, p. 12).

Ao lado dessas proposições, o relatório final do evento recomendou, ainda, a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde,<sup>5</sup> estabelecendo como o seu principal papel a orientação para o desenvolvimento do SUS (Brasil, Ministério da Saúde, 1986b, p. 18-19); a formação de Conselhos de Saúde, nos níveis local, municipal, regional e estadual, compostos por representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços); a criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária, “composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada, de forma paritária”; e a realização da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 1986a, p. 25).

Essa primeira conferência sobre recursos humanos na saúde, realizada em outubro de 1986, contribuiu de forma decisiva para que as questões afeitas às relações de trabalho e à formação profissional dos trabalhadores ganhassem maior destaque na agenda da Reforma Sanitária. Vieira vai mais além, ao destacar a relevância do evento no desencadeamento de “um processo particular de análise de suas temáticas próprias” (2005, p. 22). A autora ressalta que esse processo estava em grande parte pautado nas “reivindicações dos trabalhadores da saúde,

---

<sup>5</sup> A lei federal nº 8.142/1990 instituiu, como instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde, os Conselhos de Saúde, que desempenharam importante papel na resistência às políticas de caráter neoliberal impostas à área da saúde nos anos 1990.



considerando-se a reorganização de suas práticas profissionais e de suas bases jurídico-legais” (ibid.) e salientando a falta de incentivos para a qualificação profissional, a visão burocrática da área de recursos humanos, a baixa remuneração dos trabalhadores e as condições desfavoráveis de trabalho.

O relatório dessa conferência ressalta, entre outras propostas, a necessidade “de uma articulação mais estreita entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam pessoal de saúde” e da qualificação das relações entre os trabalhadores e os usuários. Disso decorre a recomendação de se refletir sobre temas como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefia (Brasil, Ministério da Saúde, 1986a, p. 11), entre outros, dando continuidade às recomendações derivadas da VII Conferência Nacional de Saúde. O documento faz referência ainda ao “resgate da importância e da dignidade do trabalho, com ênfase no setor público”, à “construção de uma nova ética social em contraposição à ética da vantagem e do individualismo irracional” e ao estabelecimento de “um compromisso mais democrático das instituições para com a sociedade, constituindo-se em mais uma frente de luta no sentido de uma sociedade mais justa” (ibid., p. 12).

Cabe ressaltar que a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde de 1986 representam importantes marcos no tratamento das questões afeitas às relações de trabalho e à formação profissional dos trabalhadores da saúde. Se até meados da década de 1980 essas questões haviam sido consideradas sobretudo pelo viés da formação profissional, após essas conferências começaram a ser tratadas também do ângulo das relações de trabalho, no contexto das lutas pela ampliação de direitos sociais que antecederam à Constituição de 1988 (Vieira, 2005). No que se refere à formação profissional, é possível dizer, inclusive, que durante essa década se inicia, no campo da saúde, a institucionalização de processos

educacionais mediante as secretarias estaduais de Saúde, com a criação e a implantação dos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos (Cendrhu), que permitiram a implantação do programa de formação em larga escala de pessoal de saúde (Projeto de Formação Profissional em Larga Escala) nos diversos estados brasileiros e a instalação de Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (ETSUS) e de Centros de Formação de Recursos Humanos em Saúde (Cefors) (Pereira, 2002).

Dois anos após a realização de ambas as conferências, a nova Constituição abordou, em 1988, as questões já mencionadas no que tange às relações de trabalho e à qualificação dos trabalhadores da saúde, definindo como competência do SUS “ordenar a formação dos recursos humanos na área de saúde” (artigo 200, inciso III, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988). Ao texto constitucional, seguiu-se a Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080), de 19 de setembro de 1990, que “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde”, definindo dois objetivos no que se refere à política de recursos humanos: “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” e “valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 1990a).

Esses objetivos vão ao encontro da proposta de qualificar os trabalhadores de saúde para atuarem nos serviços públicos, tendo em vista a universalização do acesso ao SUS. Note-se que o parágrafo único do artigo 27 da referida lei explicita ainda que os “serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional”. Essa observação permite questionar o incentivo ao treinamento em serviço, em detrimento de uma formação teórico-prática que de fato qualifique os trabalhadores para lidarem com a complexidade das ações de cuidado em saúde.

No plano jurídico, caminhava-se para mudanças nas políticas voltadas às relações de trabalho e à formação profissional dos trabalha-

dores de saúde. Contudo, sua efetivação deparou-se com inúmeros desafios, sobretudo aqueles derivados das restrições impostas às políticas sociais pelos organismos internacionais, problemas que, em virtude da crise econômico-social, provocaram a regressão e a focalização dessas políticas.

## **Os anos 1990, a reconfiguração do Estado e as repercussões na saúde**

### **A “humanização do capitalismo” e a flexibilização do SUS**

Os anos 1990 inauguraram, por imposição dos organismos internacionais,<sup>6</sup> um novo modelo econômico no Brasil, cujo objetivo era obrigar o país a honrar os juros da dívida externa. Assistiu-se ao processo de reorganização da produção, com a hegemonia do capital financeiro. Esse processo, iniciado nos anos 1970, constituiu um movimento estrutural em escala mundial, mas diferenciado conforme as características dos países nos quais se instalava: centrais, semiperiféricos ou periféricos. Os ônus mais pesados desse processo, baseado em novas tecnologias que prometiam a todos o “melhor dos mundos”, recaíram, obviamente, sobre as formações sociais menos desenvolvidas, aprofundando ainda mais a sua condição de dependência. A crise do emprego, no entanto, atingiu a classe trabalhadora mundial,

---

<sup>6</sup> Cabe frisar que os organismos internacionais estão sendo considerados aqui como aparelhos de hegemonia que operavam para consolidar a hegemonia norte-americana no país e na América Latina. Porém, como hegemonia não significa consenso absoluto, esse alinhamento não era linear, nem essas agências eram internamente homogêneas. Assim, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) logrou, ao menos até o final dos anos 1970, legitimar-se junto dos países membros – o que lhe permitiu estabelecer maior autonomia em relação à Organização Mundial de Saúde (OMS) e ao Banco Mundial – e construir uma agenda que ao mesmo tempo influenciou e foi influenciada pela interação com intelectuais e instituições latino-americanas, sem deixar de “contribuir para a absorção das tensões sociais nos centros urbanos em vertiginoso crescimento” (Lima e Braga, 2006, p. 30). Nos anos 1990, essa autonomia foi em boa parte arrestada. A respeito da relação entre a conformação do campo da saúde pública no Brasil e os organismos internacionais, ver, entre outros, Pessoto, 2001.

enfraquecendo-a politicamente e deteriorando suas condições de reprodução. Cresceu como nunca antes, até mesmo nas classes médias, que até então haviam logrado manter a linearidade de seus projetos de vida, a informalização e a precarização jurídica das relações de trabalho, inclusive nos países centrais.

No caso brasileiro, esse modelo, que resultou em políticas sociais fortemente restritivas, pode ser caracterizado, em linhas gerais, por abertura comercial, liberalização financeira, desregulamentação do mercado de trabalho, equilíbrio fiscal e estabilidade dos preços. Com a sua implantação, encerra-se um ciclo que se caracterizou pela participação direta do poder público não só em setores considerados estratégicos para o desenvolvimento do país, como também em serviços como os de educação e saúde. No que se refere especificamente à saúde, Pessoto (2001, p. 28) considera que se assistiu no período a uma inflexão do debate anteriormente centrado na episteme do sanitarismo, que passará a focar a economia da saúde, revelando as repercussões dos ajustes macroeconômicos cujo controle implicava a presença técnica e política das agências internacionais nos países devedores.

Em meados da década de 1980, o Banco Mundial iniciou pesquisas com o objetivo de subsidiar propostas para políticas de financiamento do setor de saúde na América Latina. Em 1987, publicou o documento *Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma* (Banco Mundial, 1987), no qual propunha, para os países por ele subsidiados, medidas como “o fortalecimento dos setores não governamentais ligados à prestação dos serviços e a descentralização dos sistemas públicos de saúde” (Mattos, 2000, p. 9). Com isso, indicava a divisão da responsabilidade entre o Estado e as organizações não governamentais, mediante o repasse de recursos para a execução direta dos serviços de saúde. Tais medidas foram impulsionadas em 1993, com a publicação do *Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: investindo em saúde* (Banco Mundial, 1993), que sugeria “a medição da eficácia dos serviços em função dos custos e da focalização do atendimento aos pobres” (Lima e Braga, 2006, p. 65).

Cabe destacar que esses documentos foram publicados em um período no qual o Banco Mundial promovia uma inflexão em suas políticas, passando de uma “cultura de aprovação de projetos” para outra, “inspirada no desejo de que os projetos funcionem realmente” (Rizzotto, 2000, p. 70). Ou seja, começava-se a levar em consideração os danos sociais provocados pela aplicação dos planos de estabilização:

[...] criou-se o consenso, no interior destas instituições [FMI e Banco Mundial], da necessidade de uma correção de rumo nas propostas de ajuste, na pauta de financiamento relacionada à promoção do desenvolvimento econômico e na própria noção de desenvolvimento que acompanha o Banco Mundial desde a sua origem. Recupera-se, então, o antigo discurso da preocupação com a pobreza e introduz-se a discussão que tenta articular a questão do desenvolvimento/crescimento econômico com a preservação do meio ambiente – desenvolvimento autossustentado. (Ibid.)

Era preciso diminuir as consequências das políticas liberalizantes para o aumento da pobreza no mundo, pobreza que poderia colocar em risco os ganhos dos países centrais, advindos da mundialização do capital. Com um rosto mais humanizado, as transformações em curso no capitalismo seriam aceitas sem maiores questionamentos.

A atuação do Banco Mundial e de outras agências de fomento orientou-se para a flexibilização dos avanços propostos pela Reforma Sanitária e contemplados na Constituição de 1988, sob a justificativa de que a realidade fiscal do país não sustentaria a concretização dos princípios norteadores do SUS, sobretudo no que se referia à universalização do acesso ao sistema de saúde (Mattos, 2009). Em vários documentos, a instituição questiona a responsabilidade dos governos na melhoria da saúde da população e recomenda, entre outras medidas, a seletividade do acesso e a priorização do atendimento aos pobres, sugerindo que a cobrança dos serviços prestados pelo SUS daqueles que podiam pagar pelo atendimento fosse feita por meio de impostos.

É no âmbito dessas políticas restritivas que se observa o crescimento da atenção primária seletiva nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, em detrimento da atenção primária mais abrangente proposta em Alma-Ata. A atenção primária seletiva implicava um pacote limitado de serviços de baixa complexidade para a população empobrecida e configurava o que muitos denominaram de uma “política pobre para os pobres”. É nesse contexto que ocorre o processo de institucionalização dos agentes de saúde, com a criação, em 1991, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), que, no ano seguinte, passou a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

Cabe ressaltar que o país encontrava-se na época em meio à crise política que culminou no *impeachment* de Collor de Mello em 1992, ano em que ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde. Com o tema “Saúde: municipalização é o caminho”, nela foram ratificadas as diretrizes emanadas da VIII Conferência Nacional de Saúde, exigindo-se o cumprimento das leis nº 8.080 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.<sup>7</sup> Seu relatório final enfatiza aspectos que dizem respeito à implantação do SUS: controle social, democratização do sistema, municipalização e ampliação das receitas. Em relação aos trabalhadores, o relatório propõe como condição indispensável para a efetivação do SUS o estabelecimento de políticas voltadas para a capacitação e a formação de recursos humanos, e a necessidade de compatibilizar os vários tipos de vínculos contratuais (Ferreira e Moura, 2006), ressaltando ainda os seguintes pontos:

[...] necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS; implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo; definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos; implementação de meca-

---

<sup>7</sup> A lei nº 8.142, , regulamenta “a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)” e “as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (Brasil, 1990b).

nismos de estímulo à interiorização de profissionais de saúde; estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde; garantia de equipes multiprofissionais; realização da Conferência Nacional de Recursos Humanos de Saúde, que deverá aprofundar a análise de diversos aspectos, inclusive a jornada de trabalho dos profissionais em saúde. (Brasil, Ministério da Saúde, 1992, p. 6)

Por um lado, essas recomendações deixam claro que, após décadas de discussões, sugestões, propostas e políticas cujo objetivo fora normatizar a formação profissional e as relações de trabalho no SUS, muito pouco se havia avançado. Por outro, explicitam um comprometimento com as orientações derivadas da VIII Conferência Nacional de Saúde, sugerindo uma oposição às tentativas de injunção do Banco Mundial nas políticas de saúde do país – o que, aliás, estava em sintonia com a Carta da IX Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira, aprovada pelos participantes do evento, que repudiava o Governo Collor de Mello, a política econômica então vigente e as dramáticas consequências do ajuste fiscal para os trabalhadores.

Essas mesmas discordâncias estavam presentes em alguns setores do Ministério da Saúde e se manifestaram no ano seguinte à IX Conferência Nacional de Saúde, quando o Banco Mundial publicou o relatório *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90* (Banco Mundial, 1995), propondo, na contramão de todo o processo de democratização da saúde, a contenção de custos, a redução da participação direta do Estado na prestação dos serviços e a promoção de “reformas constitucionais e institucionais vinculadas a este setor” (Rizzotto, 2000, p. 153). Para tanto, a instituição defendia a ampliação do setor privado e enfatizava o papel regulador e financiador do Estado, incentivando-o a repassar recursos para a rede privada, sob a justificativa de que ela apresentava maior eficiência e melhor qualidade na prestação dos serviços. Em resposta, o Ministério da Saúde emitiu um parecer técnico sobre o relatório, o qual, na opinião de Rizzotto,

reflete “as divergências, ao menos de alguns setores do Ministério da Saúde, com as posições do Banco Mundial naquele momento” (2000, p. 167), fundamentalmente no que dizia respeito às principais questões que então se colocavam para a consolidação do SUS.

Ainda em 1993, ocorreu a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Na interpretação de Vieira (2005, p. 22), o evento revela as contradições e tensões que desde os anos 1980 marcavam as políticas voltadas para os trabalhadores da saúde, resultantes da situação “caótica” em que se encontravam os serviços e as práticas de saúde no país e que comprometia a própria ideia de um sistema único de saúde. Os debates então travados reconheciam que os graves problemas de longa data enfrentados pelos trabalhadores da saúde<sup>8</sup> se agudizavam naquele momento, sobretudo sob o impacto das políticas neoliberais que orientavam a reforma do Estado (Brasil, Ministério da Saúde, 1994, p. 14).

As propostas da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde eram abrangentes e visavam enfrentar os problemas referentes à formação dos trabalhadores de nível técnico no SUS, orientando-se no sentido da integração entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação e entre a esfera nacional e as esferas subnacionais de governo – as quais só a partir dos anos 2000 alcançaram maior expressão nas políticas de recursos humanos para o setor. Destacam-se as seguintes proposições: ampliar a profissionalização de trabalhadores sem qualificação nos estados e municípios, com a elevação da escolaridade para o nível fundamental; agilizar a profissionalização de agentes comunitários de saúde (ACSS), agentes de saúde escolar e visitantes sanitários para a habilitação de auxiliar de enfermagem, priorizando a formação em serviço; implantar os centros formadores de trabalhadores de saúde nas secretarias estaduais de Saúde, com descentralização dos cursos de nível médio para os planos regional ou municipal; e revisar os currículos

---

<sup>8</sup> Entre os quais se destacam um contingente expressivo com vínculos e salários diferenciados, as precárias condições de trabalho, a não definição de um plano de cargos e salários específico para os trabalhadores do SUS e a precariedade da formação profissional em nível técnico.



das habilitações de nível médio, com a inclusão de conteúdos como educação para a saúde, informação sobre o SUS, epidemiologia, antropologia e sociologia (Brasil, Ministério da Saúde, 1994, p. 28-29).

À primeira vista, o documento ressalta questões importantes no que se refere à qualificação dos trabalhadores de nível elementar e médio, não só pela recomendação de medidas para a elevação da escolaridade, como também pela incorporação nos cursos de formação de disciplinas como sociologia e antropologia, que podem favorecer uma compreensão ampliada da saúde. Chama atenção, no entanto, o fato de que os ACSs deveriam ser incluídos como profissionais da enfermagem na qualidade de auxiliares, descaracterizando-se assim o papel desse trabalhador no Pacs. A inclusão dos agentes na função de auxiliar de enfermagem traduz a manutenção da lógica dominante do modelo biomédico, que privilegia as ações assistenciais em detrimento das ações preventivas e de promoção da saúde. Uma leitura mais atenta desse documento permite identificar a compreensão da formação restrita desses trabalhadores, para os quais seria suficiente a escolaridade de nível fundamental, com ênfase na formação em serviço.

Por outra parte, há de se levar em consideração o fato de a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde ter ocorrido em um contexto marcado pelo impacto de políticas neoliberais que resultaram em privatização de empresas estatais no setor público do país, redução de postos de trabalho, precarização jurídica das relações trabalhistas e intensa terceirização do trabalho e dos serviços. Foi nesse cenário que a Opas publicou, em 1994, uma coletânea com o título *Perspectivas para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde* (Santana, 1994), cujos textos deixam claro a necessidade de reorganização da administração pública em todos os níveis, de modo a adequá-la ao novo paradigma produtivo. Tal reorganização se daria mediante estratégias que incorporariam a administração pública participativa, a gestão pela qualidade total, a elevação da produtividade, a flexibilidade das relações de trabalho, a diferenciação na remuneração, por meio da introdução de incentivos financeiros, e o processo permanente de negociação coletiva

do trabalho. Ou seja, propôs-se a adoção de ideias e de recomendações oriundas da administração empresarial privada,<sup>9</sup> compatíveis com as recomendações do Banco Mundial e do FMI, e obviamente distanciadas dos princípios da Reforma Sanitária. Trata-se de ideias e recomendações nas quais transparece a intenção desses organismos de subordinar as políticas sociais à necessidade de desenvolvimento econômico sustentado, em óbvia conexão com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, àquela altura em fase de implantação, conduzida pelo então titular do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (Mare), Luiz Carlos Bresser-Pereira (Brasil, Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, 1995a).

Cabe destacar que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, criado com o objetivo de reorganizar a prática da atenção primária à saúde, pode ser considerado, sobretudo a partir de 1994, quando passa a integrar o Programa Saúde da Família (PSF), um bom exemplo da incorporação das propostas do Banco Mundial. Por meio dele, o ACS compõe, ao lado do médico, do enfermeiro e do auxiliar ou técnico de enfermagem, a equipe de saúde multiprofissional. Foi somente com a portaria nº 1.886,<sup>10</sup> de dezembro de 1997 (Brasil, 1997a), que o Pacs e o PSF passaram a ser concebidos como programas prioritários no Plano de Ações e Metas do Ministério da Saúde, constituindo-se em programas de atenção básica seletiva. Aos poucos, o Pacs foi sendo incorporado ao PSF, configurando o que se denomina atualmente de Estratégia Saúde da Família (ESF). Sem dúvida, a centralidade que esses programas assumiram no conjunto das políticas do Ministério da Saúde impactou a racionalização da média e da alta complexidades, gerando um gargalo nesses níveis de atenção e a precariedade de acesso às tecnologias de saúde. Essa falta de articulação entre os níveis de atenção à saúde comprometeu um dos princípios caros ao SUS: a integralidade da atenção e do cuidado.

<sup>9</sup> Ver a respeito Gurgel, 2003; Chinelli, 2008; e Neves e Pronko, 2008, entre outros.

<sup>10</sup> A portaria nº 1.886 aprovou as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

## A reforma gerencial do Estado brasileiro, suas repercussões no SUS e a formação dos trabalhadores na saúde

Na comunicação apresentada no seminário “Estado y crisis de regulación: dilemas de política en América Latina y Europa”, realizado em Buenos Aires em outubro de 1985, Bresser-Pereira (1985), então secretário de Governo de São Paulo na gestão Franco Montoro (1983-1987), indicava que a superação da crise da dívida externa enfrentada pelo Brasil e por outros países da América Latina na época requeria a articulação de um novo modelo de desenvolvimento assentado em um pacto social “democrático liberal-popular” e, por isso mesmo, “intrinsecamente contraditório” (Bresser-Pereira, 1985, p. 6), pois

[...] ao mesmo tempo em que reconhece a consolidação do modo especificamente capitalista de produção na América Latina, assinala a importância crescente das classes médias tecnoburocráticas e dos trabalhadores organizados sindical e politicamente, que, por isso mesmo, não poderão ser mais tão facilmente manipulados, como ocorria no populismo, ou simplesmente excluídos, como aconteceu no autoritarismo. (Ibid., p. 12)

O caráter liberal seria garantido pela desestatização da economia, ou seja, pela redução do papel do Estado “produtor” e “subsidiador”, que cederia lugar ao “Estado regulador estrito senso, que formula a política econômica visando ao desenvolvimento econômico e à estabilidade de preços, e ao Estado de bem-estar, que promove a justiça social” (Bresser-Pereira, 1985, p. 1-2).

Dez anos depois, como ministro da Fazenda do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998), Bresser-Pereira ratificaria essas proposições no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, no qual se enfatiza, mais uma vez, “o fortalecimento do Estado

para que sejam eficazes sua ação reguladora, no quadro de uma economia de mercado, bem como os serviços básicos que presta e as políticas de cunho social que precisa implementar” (Brasil, Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, 1995a, p. 6). A reforma deveria ser entendida no “contexto da redefinição do papel do Estado, que deixaria de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento” (ibid., p. 12).

Nesse sentido, o Estado teria por objetivo garantir “maior capacidade de governar, maior condição de implementar as leis e políticas públicas”, a fim de “tornar muito mais eficientes as atividades exclusivas de Estado, através da transformação de autarquias em ‘agências autônomas’”, e para tornar mais produtivos e competitivos os serviços sociais, transformando-os em “organizações públicas não estatais” (Brasil, Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, 1995a, p. 44).

A reforma de 1995 tratou de implantar a modelagem institucional necessária aos tempos da economia mundializada de mercado, considerada bem-sucedida nos países desenvolvidos que integram a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE)<sup>11</sup> e, sobretudo, na Inglaterra. Esse novo modelo, calcado no que é denominado de “nova gestão pública”, consiste na “transição de um paradigma burocrático de administração pública para um novo paradigma gerencial, que incorpore instrumentos gerenciais utilizados com êxito nas organizações privadas que operam no mercado” (Andriolo, 2006, p. 3). Baseado nas chamadas “tecnologias de gestão contemporâneas”, esse novo modelo nada mais é do que a tradução prática do credo neoliberal que prega, segundo Andriolo, a supremacia do mercado e a ideia de que “não necessitamos de mais ou menos governo: precisamos de

---

<sup>11</sup> A OCDE foi criada em 1961 e atualmente está composta pelos seguintes países: Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Coreia, Dinamarca, Espanha, Estados Unidos, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Islândia, Itália, Japão, Luxemburgo, México, Noruega, Nova Zelândia, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Tcheca, República Eslovaca, Suécia, Suíça e Turquia.

um governo melhor”, para o que seria indispensável a descentralização das atividades administrativas (ibid.).<sup>12</sup>

Os anos que se seguiram ao Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado caracterizaram-se pela renúncia do Estado em assumir o papel de dinamizador da economia e pela reconfiguração de seus aparelhos e das empresas estatais – o que favoreceu como nunca antes a expansão do capital privado em todos os setores econômicos, inclusive na prestação de serviços sociais. Tais políticas, cuja implantação foi facilitada pela retração dos movimentos sociais no país verificada a partir da década de 1990, encerraram um ciclo de conquistas na área social que culminara com a promulgação da Carta de 1988.

Em consonância com a agenda do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, Bresser-Pereira apresentou, em reunião realizada no Ministério da Saúde em junho de 1995, no início da primeira gestão de Fernando Henrique Cardoso, documento de sua autoria intitulado “A reforma administrativa do setor saúde” (Bresser-Pereira, 1998),<sup>13</sup> no qual reconhece o SUS como a “política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado brasileiro desde a transição democrática” (ibid., p. 11). Ao mesmo tempo, porém, cai em contradição

<sup>12</sup> Os principais elementos do paradigma gerencial seriam os seguintes, variando a predominância de um ou de outro conforme o contexto em que são aplicados: “a) redução de custos e busca de maior transparência na alocação de recursos; b) divisão das organizações burocráticas tradicionais em agências separadas, cuja relação com o Estado se dá através de contratos; c) separação entre comprador e fornecedor de serviços públicos; d) introdução de mecanismos de mercado e quase-mercado; e) descentralização da autoridade gerencial; f) introdução de sistemas de gestão por desempenho; g) mudança das políticas de pessoal, alterando a condição de estabilidade de emprego e estabelecendo critérios de desempenho; e h) aumento da ênfase na qualidade do serviço e na satisfação do consumidor” (Andriolo, 2006, p. 4). Devem se acrescentar a esse elenco as agências reguladoras criadas com o objetivo de diminuir os entraves burocráticos da atuação estatal em setores estratégicos da economia. Isso porque a sua instituição implicaria a retirada da regulação desses setores do âmbito das escolhas políticas do presidente da República e de seus ministros de Estado. Note-se, porém, que elas constituíram requisito essencial para a atração do capital privado nacional e internacional, que exigia garantias de “estabilidade e previsibilidade das regras do jogo nas relações dos investidores com o poder público”, traduzidas no chamado “compromisso regulatório”. “Daí a ideia da *blindagem institucional* de um modelo, que resistisse até a uma vitória da esquerda em eleição futura” (Binenbojm, 2005, p. 6).

<sup>13</sup> Uma segunda versão desse documento foi publicada em 1998; foi essa a versão utilizada neste capítulo.

voluntária, ao endossar o diagnóstico do Banco Mundial sobre o SUS, ressaltando como pontos de estrangulamento do sistema a lentidão do processo de descentralização e a baixa qualidade do atendimento hospitalar e ambulatorial. Essa avaliação negativa dos serviços prestados pelos SUS não justificaria a aplicação de recursos no sistema como um todo, devendo os mesmos ser alocados em ações de caráter preventivo:

A grande massa da população brasileira, entretanto, continua a depender do SUS, que, carente de recursos, e com um sistema administrativo ainda indefinido, não realiza os objetivos a que foi proposto. Na prática não é universal, não garante a equidade, é muito limitadamente descentralizado, e não logrou eliminar completamente as competências concorrentes da União, dos estados e dos municípios. Além disso, favorece desnecessariamente as internações hospitalares em detrimento do tratamento ambulatorial, que é mais barato e eficiente. (Bresser-Pereira, 1998, p. 4)

No documento, Bresser-Pereira destaca que a proposta de reforma administrativa do sistema de saúde deter-se-ia, sobretudo, no sistema de assistência médico-hospitalar, estando baseada “na descentralização para entidades regionais e na formação de uma espécie de mercado, que promova a competição entre os supridores de serviços, com o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados” (Bresser-Pereira, 1998, p. 2).

Partindo da constatação da escassez de recursos e visando “garantir um melhor atendimento ao cidadão através de um controle mais adequado do sistema” (Bresser-Pereira, 1998, p. 10), Bresser-Pereira afirmava que a reforma seria implantada mediante três estratégias principais, já contidas no documento em questão, porém mais claramente definidas na versão de 1998:

1) descentralização, com maior clareza na definição das atribuições e no poder de decisão das diferentes esferas de governo; 2) montagem de um sistema de atendimento de saúde em nível municipal, estadual e nacional, constituído de dois subsistemas: subsistema de entrada e controle e subsistema de referência ambulatorial e hospitalar [...]; 3) montagem de um sistema de informações em saúde visando acompanhar os resultados das ações dos dois subsistemas mencionados, conectados em rede, com capacidade de controlar despesas, gerar indicadores para a vigilância epidemiológica, avaliar a qualidade e medir resultados alcançados. (Bresser-Pereira, 1998, p. 10-11)

Foge aos objetivos deste artigo tratar em detalhe a reforma setorial da saúde e a sua consonância com a reconfiguração do Estado brasileiro, mas cabe destacar que seu eixo estruturador foi a racionalização dos recursos econômicos, o que justificava, na opinião de Bresser-Pereira, a referência indireta ao “caráter prioritário das medidas preventivas de promoção e de proteção à saúde”, visto que se esperava que “as economias decorrentes do processo racionalizador” propiciassem “os recursos econômicos e financeiros para o desenvolvimento daquelas medidas” (Bresser-Pereira, 1998, p. 12).

Utilizando estratégias de convencimento, o então ministro Bresser-Pereira procurava legitimar medidas restritivas que acabaram por quebrar o princípio da universalidade e integralidade do SUS e instauraram a prevalência de políticas focalizadas e a adoção da pobreza como critério de inclusão no sistema. A administração dos serviços públicos de saúde passou a se pautar por medidas flexibilizadoras, visando maximizar a relação custo/benefício, resultando na privatização e na terceirização dos serviços de saúde, e também no repasse de serviços e recursos públicos para organizações sociais, organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips), fundações de apoio e cooperativas de profissionais de medicina. O resultado foi a ampliação da oferta de serviços de saúde no setor privado (Correia, 2008).

No que se refere aos trabalhadores da saúde, e em consonância com essas diretrizes, a Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, lançou em 1995, como proposta para discussão, o documento *SUS: política de recursos humanos em saúde – prioridades para a ação dos gestores do SUS* (Brasil, Ministério da Saúde, 1995d), ressaltando que o MS deveria ultrapassar a cultura executiva que até então predominara, substituindo-a pela “atuação regulatória sobre fatores e condições que determinam ou têm a ver com o estado da saúde dos indivíduos e populações bem como com suas tendências” (ibid., p. 10). Com base nessa premissa, delinea-se, no documento, “o perfil das atribuições do Ministério da Saúde no campo de recursos humanos para o SUS”, destacando-se os seguintes núcleos temáticos: regulação dos recursos humanos de saúde; aperfeiçoamento e modernização da gestão do trabalho em saúde; e fomento ao processo de educação para o trabalho em saúde (ibid., p. 12).

O documento enfatiza que o Ministério da Saúde deve exercer seu papel regulador, buscando “articular setores e órgãos das três esferas de governo, de modo a propiciar maior direcionalidade ao conjunto na área de recursos humanos” e “mobilizar representações de trabalhadores e prestadores de serviços em torno da formulação de acordos ou compromissos que apontem para a qualificação profissional e para a qualificação do trabalho” (Brasil, Ministério da Saúde, 1995d, p. 16).

Além disso, o documento destaca que a produção dos serviços de saúde se caracteriza pela forte dependência do trabalho humano, pela diversificação das ocupações decorrente da introdução de novas tecnologias, pelo crescimento do porte e da complexidade das organizações de saúde, pelo aumento da oferta de emprego no setor público municipal, pela migração de trabalhadores entre as três esferas de governo, acompanhando a transferência de serviços. Retomam-se também os “problemas resultantes do convívio, nos mesmos estabelecimentos ou serviços, de conjuntos heterogêneos de trabalhadores e, por con-



seguinte, quanto aos regulamentos de sua vida funcional e a sua cultura funcional” (Brasil, Ministério da Saúde, 1995d, p. 18). Diante desse quadro, são propostas duas linhas de ação para a gestão do trabalho em saúde calcadas na articulação entre as instâncias de governo:

[...] promover, em articulação com as secretarias estaduais e municipais, a regulamentação e implementar os processos administrativos correspondentes à situação “transitória” (que, na verdade, permanecerá por muitos anos) do volumoso contingente de pessoal com vínculo ao RJU [Regime Jurídico Único] federal que está trabalhando em estabelecimentos estaduais ou municipais; desenvolver um forte processo de cooperação técnica, assentado na produção de conhecimento gerado através de estudos e pesquisas patrocinadas pelo Ministério, bem como a disseminação de experiências exitosas de gestão do trabalho, realizadas pelas administrações estaduais ou municipais ou por instituições privadas ou não governamentais. (Ibid., p. 19-20)

Tais proposições denotam a persistência dos problemas enfrentados pelos trabalhadores da saúde desde a criação do SUS e que, ao longo da década de 1990, foram agravados pelas políticas sociais de caráter restritivo, pelo crescimento na demanda de serviços e pela incorporação de tecnologias que exigiram novas especializações profissionais.

De fato, não são poucos os estudos que revelam o crescimento no número de postos de trabalho em saúde no Brasil durante os anos 1990.<sup>14</sup> Resumindo-os, Varella e Pierantoni ressaltam ser “consensual que a implementação do SUS foi o grande alavancador deste mercado, tanto pela expansão da rede pública quanto da rede privada contratada” (2008, p. 534). Note-se, porém, que, seguindo a tendência nacional do mercado de trabalho da época, prevaleceram formas flexíveis de

---

<sup>14</sup> Ver, entre outros, Vieira et al., 2003; Dedecca, Proni e Moretto, 2001; e Girardi e Carvalho, 2003.

contratação da força de trabalho, com o correspondente incremento da desregulamentação do mercado de trabalho em saúde. Segundo as autoras, o “Programa Saúde da Família pode ser usado como exemplo emblemático da utilização de ‘novas formas’ contratuais (mecanismos de terceirização e outras modalidades de contratos informais) para a inserção de trabalhadores no sistema de saúde” (ibid., p. 537). E acrescentam que as relações informais de trabalho que vigeram, sobretudo no PSF, nos anos 1990, e, de modo geral, no setor público, “mais que cumprir um papel como variável de ajuste da economia”, foram, acima de tudo, “um engendramento para burlar as amarras jurídicas e ao mesmo tempo atender a demandas expansionistas do sistema” (ibid., p. 539).

Quanto à formação de profissionais de nível médio e auxiliar, cabe destacar principalmente que o documento citado (Brasil, Ministério da Saúde, 1995d) rejeita a concepção “extremamente polivalente” de formação que teria prevalecido até então, afirmando a necessidade de se adotar uma perspectiva “mais consequente”, que incorporasse “a lógica da segmentação do trabalho especializado, onde o profissional de nível médio vincula-se a uma linha de trabalho encabeçada por um profissional de nível superior, que lhe delega funções e é responsável pela supervisão do seu trabalho” (ibid., p. 24).

Cabe ressaltar que a concepção de formação profissional norteadas pelo receituário neoliberal que começa a vigorar a partir da década de 1990 requer a formação de subjetividades capazes de encarar como “naturais” as condições da exploração “flexível”. Em outras palavras, o que se solicita desse trabalhador é a sua disposição para correr riscos, lidar com a incerteza e reorganizar continuamente o exercício de suas atividades. Tais disposições dependem de um trabalho ideológico, baseado no chamado “modelo das competências”,<sup>15</sup> que, de um

---

<sup>15</sup> Lima (2007) chama a atenção para o fato de que noção de competência penetrou facilmente no campo da saúde visto que, o trabalhador da saúde precisa acionar no desempenho de suas atividades, além de habilidades de caráter técnico, habilidades subjetivas necessárias não só à resolução de imprevistos, como também para lidar com a dimensão psicológica das morbidades. Contudo, essa incorporação se deu de forma “absolutamente acrítica e a-histórica. No limite, a noção de competência, com sua

lado, desqualifique trajetórias lineares e, de outro, promova ideias que valorizem a novidade, a constante mudança das atividades laborativas e o autoempresariamento – ou seja, a flexibilização das relações de trabalho –, e, de outro, leve os trabalhadores a acreditarem que são de sua responsabilidade pessoal os ônus financeiros da aquisição, ao longo da vida ativa, dos meios técnicos, cognitivos e relacionais necessários para o seu desempenho de acordo com a lógica do mercado de trabalho.

Seguindo essa perspectiva, a mesma Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde publicou, em 1997, a *Agenda de prioridades para a política de recursos humanos na gestão do SUS*, estabelecendo que essas políticas deveriam estar vinculadas “aos aspectos de emprego, educação e reforma administrativa pertinentes às políticas sociais e de administração de governo” (Brasil, Ministério da Saúde, 1997b, p. 4) de modo a, entre outros aspectos: “Introduzir novas formas de gestão do trabalho fundadas no incentivo à produtividade e qualidade, na descentralização, na participação social<sup>16</sup> e na publicização do aparato produtor de serviços de saúde”; e “Incentivar a flexibilização dos vínculos de trabalho nas instâncias de gestão ligadas ao Estado, para permitir maior adequação ao mercado de trabalho e aos avanços tecnológicos, sem comprometer os direitos sociais dos trabalhadores” (ibid.)

No que se refere à formação profissional, o documento menciona como projetos prioritários:

---

ênfase na experiência e nos aspectos subjetivos da prática, tende a desqualificar os saberes escolares e a escola, como agente que disputa a transmissão de conhecimentos, forçando-a a se adequar não às necessidades do educando, mas às necessidades do mercado de trabalho, neste caso, o da saúde” (ibid., p. 13).

<sup>16</sup> Vale ressaltar que a participação social aqui referida está embebida da perspectiva neoliberal de flexibilização do trabalho, encontrando-se, portanto, aligeirada de uma concepção de participação que inclui uma dimensão ética e política de mobilização coletiva.

Qualificação e requalificação dos trabalhadores, em conjunto com o Ministério do Trabalho, tendo por base os recursos do FAT [Fundo de Amparo ao Trabalhador]. Está direcionado para a elaboração de projetos estaduais integrando SEs [secretarias estaduais de Saúde] e STbs [secretarias estaduais do Trabalho], com prioridade para a habilitação profissional dos atendentes, dos agentes comunitários de saúde e outros tipos de trabalhadores “sem qualificação específica” [...];

Melhoria do Ensino Técnico em Saúde, [em conjunto] com o Ministério da Educação, tendo por referência o processo de reforma do ensino técnico promovido por este ministério. Compreende a revisão das habilitações de nível médio em saúde, instauração de novos mecanismos de regulação das escolas e certificação das competências e a modernização das redes de escolas técnicas de saúde [...];

Promoção da Educação Supletiva de Primeiro e Segundo Grau, como parte do esforço de elevação da escolaridade geral da força de trabalho em saúde. Para alcançar os objetivos deste projeto, será utilizado o *Telecurso 2000* da Fundação Roberto Marinho [sic!], a ser difundido para todo o país através do Canal da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz [...]. (Brasil, Ministério da Saúde, 1996, p. 7)

Ainda que os programas e projetos derivados dessas políticas não tenham sido de fato executados, fica claro que a gestão e a regulação do trabalho e da educação na saúde – para usar uma terminologia tão ao gosto dos novos modelos de administração da força de trabalho – foram marcadas, nos anos 1990, por “ideias-chave como ‘qualidade’, ‘competência’ e ‘educação permanente’” (Lima e Braga, 2006, p. 6). A essas ideias pode ser acrescentado o conceito de flexibilidade como tema também central no paradigma organizacional derivado da reforma setorial – ou contrarreforma – da saúde (Pereira, 2004, p. 364). Cabe ressaltar que as mudanças associadas a essas ideias não se deram sem resistência. Processos contra-hegemônicos podem ser verificados na

leitura dos relatórios das últimas CNS, bem nas lutas travadas pelos ACSs por melhores condições de qualificação, vida e trabalho.

## **A reforma gerencial da saúde sob a perspectiva crítica da X e da XI CNS**

As mudanças acarretadas pela reforma gerencial do Estado e suas repercussões nas políticas de saúde não só geraram tensões e resistências, como também se expressaram em movimentos, fóruns de discussão e proposições durante a década de 1990. Podem ser destacados como pertinentes aos objetivos deste texto a X e a XI CNS, bem como as lutas empreendidas, no período, pelos trabalhadores da saúde – entre os quais se destacaram os ACSs – visando à desprecarização e ao reconhecimento de seu trabalho. Com isso, pretende-se mostrar que as políticas de caráter liberalizante mencionadas nos itens anteriores, não obstante vitoriosas no período, não lograram eliminar processos contra-hegemônicos no campo da saúde, mediante os quais se buscou juntar forças para tentar impedir que os princípios do SUS fossem quebrados e lutar para que os trabalhadores de nível fundamental e médio tivessem acesso a uma formação profissional qualificada e a condições dignas de trabalho.

As conferências nacionais de saúde constituíram, sobretudo a partir da VIII CNS, realizada em 1986, importantes fóruns de debate e de propostas de implantação do modelo de saúde segundo o movimento sanitário. Constituíram-se também em espaço de luta por um modelo de sociedade crítico à reforma do Estado posta em prática por Bresser-Pereira, como demonstra a *Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde*,<sup>17</sup> talvez o principal documento derivado do evento. Por meio dela, os participantes apresentaram uma avaliação negativa das repercussões

---

<sup>17</sup> Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/REL10/CARTADA10.htm>.

das políticas de cunho neoliberal então implantadas por Fernando Henrique Cardoso e reafirmaram o SUS como principal instrumento de acesso universal aos serviços de saúde:

A nossa “modernização” e a nossa Reforma Administrativa e do Estado são outras: não abrem mão do controle da inflação, mas não abrem mão, também, do avanço das políticas sociais de proteção pública da cidadania e da retomada do desenvolvimento socioeconômico, de melhor distribuição da renda e do acesso universal a todos os serviços que garantem a qualidade de vida e bons níveis de saúde. [...] O SUS representa o exemplo mais importante de democratização do Estado, em nosso país. Reafirmamos o SUS como garantia, a toda a população, do acesso às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação da saúde. (Brasil, Ministério da Saúde, 1996, p. 8)

Realizada em 1996, e tendo como tema principal “Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, debateram-se na VIII Conferência Nacional de Saúde questões que mostraram que a concretização efetiva do SUS deveria passar necessariamente pela valorização dos trabalhadores da saúde, para o que foram feitas, entre outras, recomendações de há muito perseguidas, ao menos no âmbito das conferências: a) piso salarial digno; b) incentivo salarial à dedicação exclusiva; c) estabelecimento de vínculo entre a maior e a menor remuneração; d) implantação de jornada de 30 horas com regime de plantão não superior a 12 horas; e) manutenção da aposentadoria por tempo de serviço com salário integral; f) composição de equipes multiprofissionais de saúde, com trabalho coletivo e adequadas a cada tipo de unidade ou serviço de saúde; g) criação de sistema de informação sobre doenças e acidentes ocasionados pelo trabalho em saúde; h) formação de comissões de saúde do trabalhador ou comissões internas de prevenção de acidentes nas unidades de saúde, públicas ou privadas; i) avaliação “criteriosa e democrática” do desempenho das equipes

pelo cumprimento de metas, com estímulos pecuniários (14º salário e outros) não incorporáveis ao salário; j) educação continuada; l) garantia de isonomia salarial para os trabalhadores federais, estaduais e municipais, assegurando o mesmo tratamento também no que se refere a vale-transporte, ticket-alimentação, auxílio-creche, e outras conquistas trabalhistas; m) manutenção dos direitos conquistados pelos servidores estaduais e federais lotados nas unidades de saúde municipalizadas; n) garantia de progressão permanente nas carreiras da saúde, motivada tanto por tempo de serviço ou antiguidade como por qualificação; o) ingresso exclusivamente por concurso público, realizado com o acompanhamento dos Conselhos de Saúde; p) pleno direito de sindicalização e de greve aos trabalhadores em saúde, cabendo aos mesmos instituir mecanismos que atendam às necessidades dos usuários durante a greve (Brasil, Ministério da Saúde, 1996, p. 55).

A década de 1990 se encerra com a realização, em dezembro de 2000, da XI Conferência Nacional de Saúde, cujos trabalhos giraram em torno do tema “Efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Essa conferência revelou as profundas divergências de seus participantes em relação às políticas sociais restritivas praticadas no período. A *Carta da XI Conferência Nacional de Saúde*,<sup>18</sup> apoiada por vários movimentos sociais e centrais sindicais, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), entre outros, reconhece a importância política dos Conselhos de Saúde e da pactuação intergestores, mas destaca: “Na raiz do agravamento da falta de qualidade de vida e de saúde da população está o projeto social e econômico do Governo Fernando Henrique, que privilegia a lógica do ajuste econômico em detrimento das políticas sociais” (Brasil, Ministério da Saúde, 2000, p. 10-13).

Os signatários da carta defendem os princípios básicos do SUS, ressaltam a luta travada pelos movimentos sociais para a sua implantação

---

<sup>18</sup> Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/6890.html>.

efetiva e se detêm nos impactos deletérios dos ajustes fiscais sobre as condições de vida e de saúde da população, “seja pela indisponibilidade de recursos financeiros e materiais, seja pelo aumento da demanda da população” (Brasil, Ministério da Saúde, 2000, p. 13). Destacam ainda que tais restrições comprometiam “a busca da universalidade e da equidade no SUS, aprofundando a divisão no sistema de saúde brasileiro, condenando a maioria da população brasileira a um sistema de saúde ainda precário e fragilizando o processo de consolidação do SUS” (ibid.). No que se refere especificamente aos trabalhadores da saúde, salientou-se a necessidade de formular e implantar a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, considerando-se que até então as questões relacionadas aos trabalhadores da saúde vinham sendo tratadas no cotidiano dos serviços, desconectadas dos princípios da Reforma Sanitária e do SUS.

Para que esses princípios fossem de fato cumpridos, considerou-se mais uma vez indispensável a formulação de “uma política de recursos humanos para o SUS, com contratação por meio de concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário” (ibid., p. 15).

No que se refere à formação profissional, o relatório indica a necessidade de “adequar o currículo das escolas de profissionais de saúde, incluindo como prioridade as ações de atenção básica”; ressalta a inadequação do uso intensivo de tecnologia das práticas especializadas ao SUS; e destaca a inexistência de uma política adequada de formação de profissionais de nível médio (ibid., p. 42).

O documento elenca os principais problemas enfrentados por esses trabalhadores<sup>19</sup> e relaciona sua equação ao exercício de “maior

---

<sup>19</sup> São eles: a) falta de vagas para algumas categorias e impossibilidade de preenchimento de outras, por falta de atrativos econômicos e/ou locacionais, como acontece com a categoria médica; b) múltiplas jornadas e responsabilidades dos profissionais, que dificultam e reduzem a qualidade do trabalho e a qualidade da atenção; c) carga horária que não permite atendimento digno; d) aumento dos contratos temporários, das cooperativas e de outras formas de organização e contratação em muitos municípios –



controle social sobre as relações de trabalho, sobre as condições de trabalho e sobre a estabilidade do vínculo trabalhista, de modo a favorecer o compromisso dos trabalhadores da saúde, superando a cultura de culpabilização do gestor e do médico pelos problemas do sistema” (ibid., p. 41). Além disso, destaca que a garantia da igualdade de acesso e de qualidade nos serviços de saúde exige “novos processos e melhoria das condições de trabalho, com salário justo, revertendo o modelo proposto pelo governo federal e que tem provocado a desvalorização do salário dos servidores públicos” (ibid., p. 41). Nesse sentido, são retomadas proposições de conferências anteriores, sobretudo da X CNS, ganhando destaque, pela primeira vez, recomendações relativas aos trabalhadores do Pacs e do PSF e, especificamente, aos ACSs: “Regulamentar e/ou definir formas de contratação adequadas e de acordo com a legislação vigente, que garantam os direitos trabalhistas aos trabalhadores do Pacs e PSF. Acabar com as bolsas permanentes dos agentes comunitários de saúde” (ibid., p. 157).

As recorrentes questões afeitas aos trabalhadores de nível médio do SUS identificadas aqui desde a VII CNS passam a ser enfatizadas, na XI Conferência Nacional de Saúde, no âmbito do Programa Saúde da Família, especialmente no que diz respeito aos ACSs. Esse programa, considerado fundamental para a reorganização da atenção básica em saúde, faz ressaltar a precariedade da formação e da inserção trabalhista dos ACSs e a heterogeneidade dos níveis salariais, da duração da jornada de trabalho e da composição da equipe de trabalho. No que se refere aos ACSs, salienta-se no documento a necessidade de formação técnica adequada ao exercício das atividades que lhes são atribuídas e

---

essa situação é estimulada pelas limitações impostas pelas leis Camata e de Responsabilidade Fiscal, que constituem grandes obstáculos à implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS/SUS); e) diferenciação de vínculos entre os trabalhadores de saúde – CLT, estatutários, terceirizados, cedidos, cooperativados –, que prejudica a interação entre os servidores e contribui para o desgaste enfrentado pelos gestores; f) baixos salários e disparidade salarial entre trabalhadores que ocupam o mesmo cargo nos três níveis do governo acarretam falta de motivação dos profissionais de saúde; g) indefinição quanto à posição do ACS na organização de Recursos Humanos do SUS, exigindo uma decisão política não apenas do Ministério da Saúde, mas também do Ministério do Trabalho, em resposta às demandas e à mobilização desses trabalhadores (Conferência Nacional de Saúde, 2000, p. 39-41).

às necessidades da população atendida, em uma perspectiva ética e de conscientização política dos trabalhadores (Pereira, 2002).

### **As lutas dos agentes comunitários de saúde por melhores condições de trabalho e formação profissional na década de 1990**

A institucionalização dos agentes de saúde tem início na década de 1970, em diversas regiões do país, por meio da incorporação ao sistema de saúde de trabalhadores voluntários ou de praticantes leigos interessados em contribuir com ações sociais para ajudar a população, principalmente as camadas mais pobres, que não contribuía para a previdência social e que, portanto, não tinham acesso aos serviços públicos de saúde. Alguns voluntários eram militantes políticos e/ou lideranças locais vinculadas a instituições religiosas que prestavam atendimento na área da saúde, tais como a Pastoral da Criança e as dioceses. Ao menos no caso de Pernambuco, a origem desses agentes está relacionada à luta contra a pobreza e por melhores condições de vida, em um contexto de resistência ao autoritarismo do regime militar que teve em dom Hélder Câmara uma de suas principais lideranças. Afra Suassuna, diretora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde entre 2003 e 2005, relata um pouco desse processo por meio de sua própria trajetória na atenção básica:

Eu sou médica, pediatra de formação. [...] Concluí o curso em 1985 e fiz residência em 1988, no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), que há 25 anos tem um programa chamado Extensão Comunitária. Esse programa trabalhava com comunidades de baixíssima renda na cidade de Recife, e era apoiado, na época, pela Universidade do Estado de Pernambuco (UPE), pela Igreja Católica [...] e pela Unicef. Esse programa foi iniciado em 1983. Eu ingressei

nele em 1988. Após a minha residência, fui trabalhar em uma comunidade chamada Santa Terezinha como pediatra, em uma unidade de saúde que, já em 1988, contava com agente comunitário de saúde. A origem desses agentes comunitários de saúde foi muito espelhada no movimento popular de saúde, que era muito forte em Recife naquela época, e também na Igreja Católica, e havia pessoas que trabalhavam voluntariamente em algumas áreas da cidade. Esse programa foi também muito apoiado pela Unicef, seguindo as orientações da conferência de Alma-Ata. [...] [O programa] começou em 1983, muito influenciado por essa perspectiva de trabalhar com lideranças comunitárias. Mas o Movimento Popular em Saúde em Recife antecede inclusive à Alma-Ata. Como nós sabemos, ele vem do início da década de 1970, e a Igreja Católica, na pessoa de Dom Hélder Câmara, estava muito centrada nesse trabalho. Dom Hélder era muito próximo do professor Fernando Figueira, fundador da instituição da qual faço parte até hoje. Então, tem um caldo de cultura aí bem interessante. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

Assim como Afra, muitos desses trabalhadores engajaram-se em 1979 no Movimento Popular de Saúde (Mops), que, nos anos 1960, teve origem em bairros pobres e favelas das periferias das grandes cidades, principalmente nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Eles faziam parte de um movimento que se organizava com base em redes movimentalistas locais (Doimo, 1995),<sup>20</sup> objetivando o enfrentamento de problemas sociais, e que contava com médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos clandestinos e representantes das populações atendidas.

---

<sup>20</sup> Conforme a autora: “trata-se, na verdade, de redes militantes que se cruzam e entrecruzam num mesmo campo ético-político, porquanto é informado por um mesmo substrato comum de linguagem que valoriza as relações cotidianas e interpessoais, promove a articulação entre os movimentos de ação direta pela ‘troca de experiências’, incute a disposição de luta continuada e induz a que os indivíduos sintam-se como sujeitos de suas próprias ações, duvidando da eficácia dos formatos convencionais de representação política” (Doimo, 1995, p. 168).

Em fins de 1982, muitos desses agentes se desligaram do Mops para, em seguida, fundarem a Associação Nacional de Agentes de Saúde (Anas). Como revela Tereza Ramos, então liderança do movimento, isso significou incorporar não só uma concepção de saúde que ultrapassava “estar bem fisicamente, sem dor, mas também [incluía] ter onde morar” (Ramos, 2007, p. 330), como também ampliar o contingente de agentes de saúde para além da Pastoral: “Então, no final de 1982, conseguimos acabar com a história de pastoral e misturamos todos os agentes pastorais com todos os [outros] agentes que apareceram. Podia vir do terreiro de umbanda, de onde viesse” (ibid.).

A luta política movida pela Associação Nacional de Agentes de Saúde levou à elaboração de um documento, encaminhado à VIII CNS, reivindicando ao Estado que se responsabilizasse pela remuneração dos agentes. Tal reivindicação foi incluída no relatório final da conferência, cujo texto se refere à “incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários” (Conferência Nacional de Saúde, 1986). Vários agentes de saúde tiveram participação ativa nesse evento, alguns inclusive como delegados representantes dos seus estados.

Os agentes de saúde passam a ser institucionalizados com a criação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde. O relato de Tereza Ramos mostra a ativa participação da Anas nesse processo, que se confunde com a própria trajetória de trabalho de Tereza Ramos:

[...] em 1986 nós entregamos ao presidente, na época José Sarney, um documento onde solicitávamos que os agentes comunitários passassem a ser absorvidos pelo Estado. Nós entendíamos que saúde é um dever do Estado; portanto, os agentes deveriam ser absorvidos pelo Estado. O projeto era completinho. Nós passamos uns dois anos trabalhando nesse projeto, com muita ajuda de médicos e enfermeiros, que nos

ajudaram a escrevê-lo. Mas o projeto ficou em Brasília dormindo e ninguém mais falou nele. Em junho de 1991, o então ministro Alcenir Guerra nos chamou para uma reunião em Brasília e nos apresentou um projeto parecido com o nosso. No nosso projeto definíamos o seguinte: os agentes comunitários deveriam ser inicialmente contratados como experiência, um projeto-piloto, aproveitando principalmente aqueles que já estavam trabalhando voluntariamente nas pastorais e no Movimento Popular de Saúde. O projeto que o ministro Alcenir Guerra nos apresentou [dizia que], naquele mesmo ano, ele seria implantado no Nordeste inteiro, já com 8 mil agentes comunitários, desrespeitando o projeto-piloto. O ministro disse o seguinte: “O projeto vai acontecer, vocês queiram ou não”. Nós estávamos presentes: o Mops e o pessoal da Unicef. Foi quando enlouquecemos, e eu disse que ou nós entrávamos no projeto para apoiar e trabalhar naquilo que achávamos que seria uma loucura, ou ficávamos de fora – de qualquer maneira eles iam implantar o projeto. E, de fato, foi mesmo implantado, começando pelo Nordeste. Nós e a Unicef fizemos um esquema de fiscalização das provas. O que havia sobrado para fazermos era, ao menos, tentar com que o processo de seleção fosse honesto. Nas cidades onde havia Conselho Municipal de Saúde, nós também o mobilizamos para fiscalizar esse processo. Mas eu não entrei no Pacs em 1991, entrei em 1993, quando já não era mais Pacs. Aliás, quando começou em 1991, chamava-se Pnacs: Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Em 1993, quando entrei, já era Pacs, já tinha saído a palavra nacional. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

Como já se disse, em 1994 o Pacs passa a compor o Programa Saúde da Família. O Pacs e o PSF ofereceram inicialmente, no bojo da atenção primária seletiva, um pacote restrito de intervenções de baixo custo, sendo criticados como “programas pobres para os pobres” e colocando-se, portanto, na contramão da proposta da atenção primária abrangente e da concepção ampliada de saúde como direito de cidadania.

Isso reforça certa compreensão de que as ações executadas pelos ACSs configurariam um trabalho simples, de baixa complexidade e que prescindiriam, portanto, de uma formação técnica qualificada.

Mais ou menos de forma concomitante a esse processo, foi-se ampliando a organização dos agentes. Em 1992, “já existiam as Federações dos Agentes Comunitários de Saúde nos estados, formadas pelos agentes das pastorais e pelos agentes do Pacs. Então, em 1994, transformamos a associação nacional em confederação nacional” (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009), com o que surge a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), inspirada nas organizações de trabalhadores rurais nordestinas, de longa tradição nas lutas sociais no campo. A estrutura jurídico-administrativa desse movimento sindical, possibilitada por relações pessoais de confiança e de proximidade política, conforme sugere o depoimento abaixo, serviu de modelo:

Para formarmos a Conacs, nos espelhamos muito na organização dos trabalhadores rurais. No Nordeste é muito forte a organização dos trabalhadores rurais. Como funciona? Tem o sindicato dos trabalhadores rurais no município, uma federação estadual e tem uma confederação nacional. Conversamos com o pessoal no meu estado. Eu conversei muito com o pessoal da Federação dos Trabalhadores na Agricultura (Fetap) e, por meio deles, conversei com o pessoal da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (Contag). Achamos que aquele seria um modelo interessante, uma vez que tínhamos muitas associações municipais formadas. Muitos estados já tinham criado suas federações – por exemplo, Bahia, Pernambuco e Ceará formaram as três primeiras federações em 2001 e 2002. As organizações dos trabalhadores rurais me deram uma ajuda muito grande na questão da lei, na questão dos estatutos. Pegamos esse modelo deles. É por isso que nem sondamos outros setores. Foi o setor que estava mais perto de nós e que se dispôs a nos ajudar, a organizar essa estrutura,

que funciona até hoje. Existem as associações municipais, as federações estaduais e a confederação. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

Ao longo das duas décadas que se seguiram à institucionalização desse trabalhador, a formação e a desprecarização dos vínculos têm sido os principais objetos da luta empreendida pela Conacs. Sem dúvida, ao menos no âmbito legal, vários ganhos foram obtidos, tais como a criação da profissão no ano de 2002 (Lacerda, 2010), o aumento da escolaridade e a qualificação em nível técnico, com a elaboração do “Referencial curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” no ano de 2004 (Brasil, Ministério da Saúde, 2004). A partir de 2006, foi conquistada a contratação formal e direta pelo Estado, mediante seleção pública, para os ACSs e agentes de endemias, garantida pela emenda constitucional nº 51, de fevereiro de 2006 (Brasil, 2006). Entretanto, esses direitos conquistados, frutos da luta e mobilização coletiva dos ACSs, não têm sido assegurados, mantendo-se a precarização dos vínculos de trabalho e da formação profissional. Ademais, o “Referencial curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” prevê três etapas formativas, mas até o momento apenas a primeira etapa foi pactuada pelos gestores do SUS, permanecendo assim uma formação aligeirada e fragmentada, voltada para a capacitação em serviço, e não condizente com a importância do papel desse trabalhador na práxis da integralidade do cuidado em saúde.

## Referências bibliográficas

ANDRIOLO, Leonardo José. A reforma do Estado de 1995 e o contexto brasileiro. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO (ANPAD), 30. *Anais...* Salvador: Anpad, 23 a 27 set. 2006. Disponível

em: <http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsa-0480.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2010.

BANCO MUNDIAL. *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1995. (Relatório n° 12.655-BR).

\_\_\_\_\_. *Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma*. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1987.

\_\_\_\_\_. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: investindo em saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

BINENBOJM, Gustavo. Agências reguladoras independentes e democracia no Brasil. *Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico*, Salvador, n. 3, p. 1-20, ago.-out. 2005. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com/revista/REDAE-3-AGOSTO-2005-GUSTAVO%20BINENBOJM.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2010.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm). Acesso em: 5 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Emenda constitucional n° 51. *Diário Oficial da União*, p. 1, 15 fev. 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm). Acesso em 15 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, p. 18.055-18.059, 20 set. 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: 5 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm). Acesso em: 15 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria n° 1.886, de 30 de dezembro de 1997a. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/Portaria%20n1886%20-%20original%2018dez1997.doc>. Acesso em: 27 abr. 2011.



\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E DA REFORMA DO ESTADO (MARE). *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1995a. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf\\_rh.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf). Acesso em: 15 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (textos apresentados). *Cadernos RH Saúde*, Brasília, v. 1, n. 3, 1993.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Rehsus: política de recursos humanos para o SUS – prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Anais da VII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_7.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf). Acesso em: 15 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. V. 2.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *II Conferência Nacional de Saúde*. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em: 15 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *X Conferência Nacional de Saúde*. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. COORDENAÇÃO GERAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS. *Agenda de prioridades para a política de recursos humanos na gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Política de recursos humanos para o SUS: prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995c. Disponível em: [http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/RHSUS\\_pol\\_sum.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/RHSUS_pol_sum.pdf). Acesso em: 17 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *SUS: política de recursos humanos para a saúde – agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS*. Relatório final. Brasília: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, Ministério da Saúde, 1995d.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *A reforma administrativa do setor saúde*. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1998.

\_\_\_\_\_. Estado regulador e pacto democrático na América Latina. In: SEMINARIO ESTADO Y CRISIS DE REGULACIÓN: DILEMAS DE POLÍTICA EN AMÉRICA LATINA Y EUROPA. Buenos Aires: Eural, out. 1985. Disponível em: [http://www.bresserpereira.org.br/papers/1986/86-EstadoRegulador\\_PactoDemocratico.pdf](http://www.bresserpereira.org.br/papers/1986/86-EstadoRegulador_PactoDemocratico.pdf). Acesso em: 6 jan. 2011.

CHINELLI, Filippina. *Trabalhadores ou “colaboradores”?* Estudo sobre as transformações no treinamento para o trabalho. Niterói, 2008.

Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006. p. 111-138.

\_\_\_\_\_. Orientações do Banco Mundial à política de saúde brasileira: flexibilização da gestão e as fundações estatais. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 11. 2008. *Anais...* São Luís: Associação Brasileira de Pesquisa e Ensino em Serviço Social, 2008. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/692218689/name/Arquivo2.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2010.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1. Alma-Ata (Cazaquistão), 12 set. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2010.

DEDECCA, Cláudio Salvadori; PRONI, Marcelo Weishaupt; MORETTO, Amilton José. O trabalho no setor de atenção à saúde. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia, Unicamp, 2001. p. 175-216.

DOIMO, Ana Maria. A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

FERREIRA, Michelyne; MOURA, Alda G. *Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde*. Recife; Centro de Pesquisas Abreu Magalhães–Fiocruz, 2006.

FIORI, Luís. Democracia e reformas: equívocos, obstáculos e disjuntivas. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. V. 2, p. 43-52.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite. *Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil*. In: BARROS, André Falcão do Rêgo; SANTANA, José Paranaguá de;

SANTOS NETO, Pedro Miguel (org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 157-190.

GROS, Denise Barbosa. *Institutos liberais e neoliberalismo no Brasil da Nova República*. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser, 2003. (Teses FEE, 6).

GURGEL, Cláudio. *A gerência do pensamento: gestão contemporânea e consciência neoliberal*. São Paulo: Cortez, 2003.

LACERDA, Alda. *Redes de apoio social no sistema da dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro, 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, Júlio César França. Neoliberalismo e formação profissional em saúde. *Trabalho Necessário*, v. 5, n. 5, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN05%20LIMA,%20J.C.F.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2010.

\_\_\_\_\_; BRAGA, Ialê Falleiros. *Projeto memória da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Lateps/Observatório dos Técnicos em Saúde, 2006.

MACEDO, Carlyle Guerra de. Extensão das ações de saúde através de serviços básicos. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

MATTOS, Rubem Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama da oferta de ideias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001.

\_\_\_\_\_. *Desenvolvendo e oferecendo ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial*. Rio de Janeiro, 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500028&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500028&script=sci_arttext). Acesso em: 27 abr. 2011.

NEVES, Lucia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela. *O mercado do conhecimento e o conhecimento para o mercado: da formação para o trabalho complexo no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Salud para todos en el año 2000. Estratégias*, Washington (D.C.), Opas, 1980.

PEREIRA, Isabel Brasil. *A formação profissional no cenário do SUS*. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

PEREIRA, Larissa Dahmer. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004.

PESSOTO, Umberto Catarino. *As políticas de saúde para América Latina e Caribe da Organização Pan-Americana da Saúde e do Banco Mundial: uma análise dos documentos e seus discursos*. São Paulo, 2001. Dissertação (Mestrado em Integração da América Latina) – Programa de Pós-graduação em Integração da América Latina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. [s.d.]. (Mimeo.). Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2010.

RAMOS, Tereza. Entrevista: Tereza Ramos. *Trabalho, Educação e Saúde*, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 329-337, 2007.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Campinas, 2000.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, 2000.

SANTANA, José Paranaguá de (org.). *Perspectivas para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Opas, 1994.

\_\_\_\_\_; CASTRO, Janete Lima de (org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU*. Natal: EDUFRN, 1999.

SAVIANI, Demerval. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. *Revista Brasileira de Educação*, v. 12, n. 34, p. 152-165, jan.-abr. 2007.

VARELLA, Thereza Christina; PIERANTONI, Célia Regina. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521-544, set. 2008.

VIEIRA, Monica. *Trabalho e qualificação no SUS e a construção dos modos de ser trabalhador nas organizações públicas de saúde*. Rio de Janeiro, 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

\_\_\_\_\_. et al. A inserção das ocupações técnicas nos serviços de saúde no Brasil: acompanhando os dados de postos de trabalho pela pesquisa AMS/IBGE. *Formação*, Ministério da Saúde, Brasília, v. 2, n. 8, maio-ago. 2003.

# O trabalho e a educação na saúde: a “questão dos recursos humanos”

Monica Vieira  
Filippina Chinelli  
Marcia Raposo Lopes

## A questão dos recursos humanos em saúde<sup>1</sup>

Ainda que a noção de recursos humanos em saúde (RHS) possa ser associada à década de 1950, com o surgimento das análises sobre formação médica estimuladas pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), considera-se que somente nos anos 1960 se iniciam os estudos que buscam identificar a força de trabalho inserida no setor e que abordam a falta e a distribuição inadequada de trabalhadores de saúde e a necessidade de medidas voltadas para a sua capacitação (Brasil, Ministério da Saúde, 2002b).

A III Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em dezembro de 1963, alguns meses antes da queda de João Goulart da Presidência da República, pode ser considerada o marco inicial do tratamento político-institucional dos problemas então detectados no campo dos recursos humanos em saúde no país.<sup>2</sup> De acordo com Viana e Machado, “no início dos anos sessenta, ganha impulso a discussão de um novo arranjo federativo, sendo o caminho da descentralização com contornos

---

<sup>1</sup> Seguindo Mendes-Gonçalves (1993), entendemos por questão dos recursos humanos em saúde tudo o que se refere aos trabalhadores do setor na sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

<sup>2</sup> Nas duas conferências anteriores, realizadas, respectivamente, em 1941 e 1950, predominaram os temas relacionados à ampliação e à sistematização das campanhas nacionais de saúde e dos serviços de proteção materno-infantil.

municipalistas defendido na [III] Conferência Nacional de Saúde de 1963” (2009, p. 810). A III CNS sofreu, ainda, influência do movimento sanitaria-desenvolvimentista, que, em conexão com as propostas cepalinas<sup>3</sup> para a América Latina, relacionava diretamente as condições de saúde da população com o grau de desenvolvimento de um país (Lima e Braga, 2006). Havia, portanto, que reformar profundamente os sistemas de saúde latino-americanos, mediante a descentralização das ações para os municípios, que deveriam ser apoiados técnica e financeiramente por outras instâncias de governo (Luz, 1979).

Prevalcia na época uma visão da saúde cuja referência principal era os Congressos Brasileiros de Higiene, realizados no país desde 1924 e nos quais a questão dos recursos humanos era abordada considerando-se apenas a perspectiva da formação e tendo a figura do médico como protagonista. A ênfase na figura do médico colocava em segundo plano a formação dos demais trabalhadores da saúde e as necessidades sanitárias de grupos e regiões mais pobres, explicitando-se no relatório da III CNS que a formação dos trabalhadores em saúde deveria ser mais ou menos complexa, de modo a adequar-se “a essa ou aquela coletividade, a um meio primitivo [sic], subdesenvolvido ou desenvolvido” (Brasil, Ministério da Saúde, 1963, p. 106).

Na perspectiva da municipalização da saúde, o relatório da III CNS afirmava ser possível

[...] equacionar em termos práticos e realistas, o atendimento às necessidades fundamentais desses municípios, promovendo a utilização, em larga escala, de pessoal técnico de menor qualificação, convenientemente preparado, e sob supervisão

---

<sup>3</sup> Segundo a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), os países da região se tornariam desenvolvidos quando conseguissem superar o desequilíbrio nos termos de troca com os países industrializados, o que somente seria possível com a industrialização. A lógica cepalina, portanto, priorizava a circulação em detrimento da produção, e as relações de exploração na indústria acabavam por se tornar uma questão menor.



médica, para o desempenho dos serviços mínimos nas pequenas comunidades interioranas [...]. (Ibid., p. 105)

Para tanto, recomendava que o recrutamento e qualificação do pessoal, obedecessem à seguinte orientação:

1) em qualquer hipótese, os futuros servidores dos serviços sanitários municipais devem ser recrutados localmente; 2) o nível educacional dos candidatos não necessita ser elevado; 3) o período de treinamento não deve ser longo, e deve ser realizado em cidade do interior; 4) o ensino deve ser essencialmente prático. (Ibid., p. 20)

De qualquer modo, a III CNS revela uma perspectiva modernizadora da questão da saúde no país, visto que suas recomendações contribuíram para que se desse “o primeiro passo para a implantação de um sistema nacional de saúde unificado” (ibid., p. 3). Os debates também sinalizavam questões referentes aos trabalhadores presentes até hoje e que constituem objeto de estudo deste livro: a formação simplificada dos trabalhadores de saúde destinados ao atendimento das populações pobres e a suposta necessidade de sua origem “comunitária” como garantia de *performance* adequada à configuração do sistema de saúde brasileiro.

No contexto marcado pelo controle burocrático-autoritário do aparato de Estado durante a vigência dos governos militares,<sup>4</sup> os trabalhadores, então entendidos como capital humano, constituíram

---

<sup>4</sup> A segurança nacional foi a ideologia de sustentação do projeto de construção do “Brasil grande”, baseado no fomento à industrialização por meio da atração de capital estrangeiro e na prioridade explícita e enfática conferida ao combate à inflação. Buscou-se a descentralização das atividades ligadas ao Estado e uma flexibilidade na administração pública semelhante à da empresa privada, acabando por enfatizar-se a expansão de empresas estatais – fundações e autarquias – que passaram a atuar em bases empresariais e às quais foram inclusive atribuídas tarefas antes da competência da administração direta. O regime impôs o aumento do poder de legislar do Executivo e a ampliação do corporativismo estatal, ao mesmo tempo em que sindicatos, movimentos sociais e organizações de trabalhadores sofriam violenta repressão policial-militar.

importante instrumento da política desenvolvimentista que caracterizou o período. No caso da saúde, essa visão seria resumida de forma clara pelo então presidente da República, marechal Arthur da Costa e Silva, no discurso de encerramento da IV CNS, realizada em 1967 com o tema “Recursos humanos para as atividades de saúde”:

[...] a meta-homem, como bem sabeis, implica a mobilização de todos os componentes do bem-estar: saúde, educação, emprego, moradia, alimentação, vestuário, recreação e previdência social. Seria ocioso lembrar a importância do primeiro componente, pois o homem enfermo põe-se à margem do processo de desenvolvimento. (Brasil, Ministério da Saúde, 1967, p. 313)<sup>5</sup>

Pereira (2002, p. 33) informa que o comprometimento, no final dos anos 1960, com a profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços da saúde viabilizou a qualificação profissional em centros formadores, o que conferiu a essa formação características de formação profissional. Lançavam-se, assim, as bases da parceria que mais tarde viria a ser estabelecida entre o governo brasileiro e a Opas,<sup>6</sup> e que

<sup>5</sup> Essa perspectiva era claramente permeada pela teoria do capital humano, que toma emprestado da economia neoclássica a expressão “recursos humanos”, pela qual se indica serem os trabalhadores entendidos como mais um dos fatores de produção, algo que pode ser estocado do mesmo modo que outros recursos não humanos, perecíveis ou não – a terra, as matérias-primas, a maquinaria, o dinheiro etc. (Ponchirolli, 2003) –, um fator que precisava ser treinado de acordo com o modelo taylorista-fordista de organização do trabalho. Theodor Schultz e o grupo de estudos do desenvolvimento refinaram essa noção nos Estados Unidos da década de 1950, formulando o conceito de capital humano na tentativa explicar os ganhos de produtividade gerados pelo “fator humano” na produção. Esse fator deveria ser qualificado mediante investimentos na formação dos trabalhadores, o que contribuiria para a ampliação da produtividade do trabalho.

<sup>6</sup> A assinatura do acordo foi precedida por encontros que reuniram, entre 1963 e 1972, ministros e chefes de Estado das Américas e pela Conferência Pan-Americana sobre Planificação de Recursos Humanos em Saúde, ocorrida em 1973 no Canadá. Todos esses encontros “foram decisivos para o avanço do tema recursos humanos como questão-chave para a discussão dos avanços considerados necessários ao campo da saúde pública no continente apontados pela Carta de Punta del Este” (Pires-Alves e Paiva, 2006, p. 7). A assinatura do documento em 1961 pelo então presidente dos Estados Unidos John F. Kennedy e por 19 países da América Latina, exceto Cuba, representou uma tentativa de contra-arrestar a suposta ameaça comunista alimentada pela vitória da Revolução Cubana em 1959.

resultou na assinatura, em 1973, de um acordo de cooperação técnica na área de desenvolvimento de pessoal no âmbito da saúde, o Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil,<sup>7</sup> o qual deu origem ao Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), iniciado em 1975. Os entrevistados Nelson Rodrigues dos Santos e Tânia Celeste Matos Nunes,<sup>8</sup> em estudo anterior do Observatório dos Técnicos em Saúde (Lima e Braga, 2006), enfatizaram a importância do PPREPS tanto por tornar possível a estruturação da área de RHS quanto por sua articulação com a formação de sanitaristas, viabilizada, nos diversos estados brasileiros, por intermédio dos cursos descentralizados de saúde pública. De acordo com Paim (1994), a década de 1970 marca o início do processo de institucionalização no país da área de RHS, cujo propósito central foi o de apoiar a criação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nos estados brasileiros.

## **A institucionalização da área de recursos humanos em saúde**

A matriz do PPREPS marcou o início do planejamento governamental envolvendo as áreas de trabalho e educação na saúde, desdobrando-se em projetos que foram tecendo a estrutura hoje existente nas academias e nas instâncias de governo, numa construção singular da realidade brasileira (Nunes, 2007). Além dele, devem ser citados outros dois programas destinados a atender as necessidades de formação dos

---

Com esse objetivo, o governo norte-americano propôs a Aliança para o Progresso, um plano decenal de ajuda destinado à promoção do desenvolvimento econômico-social e da democracia nos países da América Latina localizados no hemisfério sul, plano formalmente lançado nesse mesmo ano por meio da Carta de Punta del Este.

<sup>7</sup> Ver a respeito Paiva, Pires-Alves e Hochman, 2008.

<sup>8</sup> Tânia Celeste Matos Nunes é nutricionista, ex-diretora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e, atualmente, professora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Nelson Rodrigues dos Santos é médico sanitarista, ex-secretário municipal de Saúde de Campinas e ex-coordenador geral do Conselho Nacional de Saúde e professor do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

trabalhadores da saúde, criadas pela ampliação da cobertura dos serviços: Projeto de Formação Profissional em Larga Escala e Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (Cadrhu).<sup>9</sup>

Em entrevista concedida para a pesquisa de que trata o presente livro, Célia Pierantoni cita Francisco Campos, Roberto Passos Nogueira, Tânia Celeste Matos Nunes, José Paranaguá de Santana e José Roberto Ferreira como “importantes atores” da estruturação inicial, apoiada pela Opas, da área de RHS no Brasil, na década de 1980. A entrevistada também ressalta a contribuição do país na estruturação da área no plano regional:

Eu acho que o Brasil teve uma importância muito grande na estruturação dessa área [de recursos humanos para a saúde], os outros países também, mas eu acho que o Brasil teve uma singularidade, a esquerda teve uma singularidade [...]. O Brasil contou com atores importantes que já trabalhavam nisso não só na Organização Pan-Americana da Saúde, mas que também vinham ocupar cargos no Brasil. Quer dizer, há todo um conjunto de pessoas nessa época, todos aqueles programas de cursos de especialização: Cadrhu, vários cursos que a Opas montou... (Célia Pierantoni, diretora do Deges/SGTES/MS de 2005 a 2006)

Segundo José Paranaguá de Santana, em depoimento ao projeto *Memória da educação profissional em saúde* (Lima e Braga, 2006), entre 1980-

---

<sup>9</sup> O Projeto de Formação Profissional em Larga Escala, lançado no início dos anos 1980, baseou-se em uma metodologia inspirada em Paulo Freire e “buscava estimular a capacidade de os alunos pensarem criticamente sobre o agir” (Castro, 2008, p. 162). Já o curso de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, instituído em 1986, resultou de esforços conjuntos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), do Ministério da Saúde, da representação brasileira da Opas e de centros universitários do país. Seu objetivo era “contribuir para a modernização de processos institucionais no campo de recursos humanos, assegurando sua compatibilização com os princípios e metas da Reforma Sanitária brasileira” (Santana e Castro, 1999, p. 14), e “discutir e desenvolver habilidades para a intervenção concreta na problemática dos recursos humanos” (ibid., p. 199).

1985 foram criados nas secretarias estaduais de Saúde, com o apoio do Ministério da Saúde (MS) e da Opas, os então denominados órgãos de desenvolvimento de recursos humanos (ODRH), que iniciaram no país a formação de coordenadores estaduais de recursos humanos.

Contudo, é a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e desencadeada pela Reforma Sanitária (Brasil, Ministério da Saúde, 1986b), que o campo de RHS adquire maior definição. Nesse momento, marcado pela reformulação das políticas de saúde no país, a área de RHS institucionaliza-se, e é desencadeado um processo particular de análise de suas temáticas próprias. “Sem mexer na questão da formação não se conseguiria montar um sistema único, montar um sistema dentro da proposta de atenção universal”, afirma Maria Luiza Jaeger em entrevista a este estudo, o que comprova a relevância da formação dos trabalhadores de saúde para o movimento sanitário como condição central da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). E acrescenta:

Na comissão de Reforma Sanitária, uma das questões muito discutida – e que já vinha sendo discutida há várias conferências –, foi a de que era fundamental que o setor saúde mexesse na formação. Sem mexer na questão da formação, não se conseguiria montar um sistema único dentro da proposta de atenção universal. Aparece já no projeto, no documento da comissão da reforma, e depois no texto negociado da Constituinte [...], que o papel de ordenar a formação de recursos humanos constasse na Constituinte. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Como recomendação dessa conferência, realizou-se em 1986 a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) (Brasil, Ministério da Saúde, 1986a), que definiu uma agenda específica com base em análises dos principais aspectos identificados para a implantação do SUS. Tais aspectos foram em grande parte pautados

nas reivindicações dos trabalhadores da saúde e levaram em conta a baixa qualificação profissional, a baixa remuneração dos trabalhadores, as condições de trabalho pouco favoráveis, a existência de relações de trabalho diferenciadas no que se referia a níveis salariais, carga horária, níveis de autonomia no processo de trabalho etc. e os conflitos relacionados a esse elenco de problemas. Conforme é possível observar no relatório da conferência, os debates nela havidos procuraram mostrar que:

[...] não obstante a grande importância das questões referentes ao preparo do pessoal para que sua capacitação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira, os órgãos de recursos humanos devem transcender esse âmbito e incorporar o estudo e o trabalho de temas como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefias entre outros, na procura de soluções apropriadas e transformadoras. A integração com os departamentos de pessoal foi proposta e torna-se indispensável. Não há como se pensar um novo sistema de saúde sem passar por estas questões. Elas constituem, com certeza, um dos pontos de maior resistência às mudanças preconizadas pela VIII Conferência Nacional de Saúde. (Brasil, Ministério da Saúde, 1986a, p. 12)

A fala de uma das entrevistadas reforça que tais resistências ainda não foram efetivamente quebradas:

Temos um volume grande de problemas. A própria Reforma Sanitária gerou uma dívida social monumental com os trabalhadores, porque unificou uma série de sistemas, uma série de situações muito importantes, gerando mecanismos para resolver o problema do financiamento, mas esqueceu totalmente dos trabalhadores. (Maria Helena Machado, diretora do Degergs/SGTES/MS de 2003 a 2010)

A “dívida social” mencionada nesse depoimento não só persistiu, como também se agravou na década seguinte. Em 1993, a II CNRHS revelou a contradição entre a importância conferida nela aos trabalhadores da saúde e a falta de interesse efetivo das diferentes instâncias de governo nos trabalhadores da área, o que impedia a formulação de uma política de recursos humanos que contemplasse o “ordenamento da formação de recursos humanos, mas também a questão do plano de carreira, cargos e salários” (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005).

De acordo com Pierantoni et al. (2008), a institucionalização do processo de descentralização do SUS na década de 1990, com o aprofundamento da municipalização, repercutiu em mudanças, especialmente no que se refere à responsabilização dos municípios para atender aos novos e múltiplos objetivos do SUS, com destaque para a contratação e a gerência dos trabalhadores. Esse modelo de descentralização caracterizou-se pelo desfinanciamento federal e pelo aumento dos gastos estaduais e municipais na área da saúde.

Nesse sentido, cabe destacar que, nessa mesma década, outras instâncias são chamadas a participar não apenas da gestão do sistema, mas também, especificamente, da área de RHS, fato salientado por um dos entrevistados para este estudo, que ilustra o papel do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) na organização da área:

[...] o Conass acabou me pedindo para ajudar a cuidar da área de recursos humanos, e eu desenvolvi uma série de trabalhos de consultoria nessa área, tentando ajudar a levar adiante esse debate e a consolidar essa prioridade na agenda política da gestão estadual, o que não é fácil. [...] No Conass, eu já havia [...] dado o primeiro impulso para criar a Câmara Técnica de Recursos Humanos, em 1996 [...]. Enfim, sempre fui, dentro da área da saúde, um recurso humanista, como se dizia antigamente. Há vinte anos, essa era a linguagem. Sempre achei muito importante e fundamental a política dirigida ao pessoal e à gestão – às

peças –, e o processo de formação e educação. (Júlio Müller, presidente do Conass no período de 1998 a 1999)

No entanto, as políticas de RHC nos anos 1990 foram marcadas por grande instabilidade, como resultado, sobretudo, do menor consenso entre os atores diretamente envolvidos na implantação do SUS e do processo de reconfiguração gerencial do Estado brasileiro.<sup>10</sup> A isso, somou-se a histórica falta de priorização das questões afeitas à área. Um dos entrevistados relaciona os prejuízos da década:

A consolidação do SUS ocorre exatamente quando, infelizmente, se implantou no Brasil a década neoliberal pesada – com os governos de Collor, Itamar e, também, do próprio Fernando Henrique Cardoso [...] [isso desarticulou] tudo, e só não destruiu o SUS porque o SUS é constitucional e porque existe uma coisa importantíssima, o chamado partido sanitário, pois, independentemente de quem, do lugar em que você esteja, do partido – o povo sem partido, inclusive –, todos defendem o SUS. Isso não permitiu que se acabasse com o SUS. Mas, além de haver o problema da própria unificação que o sistema produziu, há o monumental problema adicional que foi o enxugamento da máquina: o Estado mínimo – não vamos fazer concurso, plano de carreira é bobagem, inserção terceirizada é tranquila, vamos [...] flexibilizar tudo. [Com isso] apareceram milhares de vínculos. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

## **Reconfigurando a questão dos recursos humanos em saúde**

Os anos 2000 se iniciaram sem que as questões do trabalho na saúde tivessem se constituído no compromisso central da agenda da saúde pública:

---

<sup>10</sup> Ver a respeito, nesta coletânea, o artigo “A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990”, de Filippina Chinelli, Alda Lacerda e Monica Vieira.



[...] é o campo fundamental [o dos recursos humanos] e, em minha opinião, hoje é o grande nó do Sistema Único de Saúde – não é o financiamento, é exatamente a situação de recursos humanos. Infelizmente, passamos 80% do tempo discutindo financiamento. [...] não estou dizendo que há dinheiro: ele falta, é verdade, mas o dinheiro não adianta se não houver uma política de recursos humanos e uma estrutura adequada para o funcionamento. E nós não temos. Sempre deixamos essa discussão por último [...], em todas as esferas de governo e em todos os governos. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

Documentos da área buscavam refletir sobre qual modelo de Estado orientaria as relações com a sociedade. Segundo o Conselho Nacional de Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2002b), era necessário um novo modelo de gestão do trabalho no SUS que levasse à satisfação com o trabalho, à queda na rotatividade, ao aprofundamento da análise sobre a dimensão subjetiva e o cotidiano no trabalho, à educação permanente e ao reconhecimento das mesas de negociação como espaço democrático de equacionamento dos conflitos nas relações de trabalho.

De acordo com a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) (2003), é nesse contexto que a desprecari-zação do trabalho passa a se tornar necessária à própria viabilidade do sistema, uma vez que a valorização do trabalho constitui princípio fundamental na construção da identidade do trabalhador. A expectativa na época era o estabelecimento de uma política salarial digna e de uma política de gestão que orientasse a construção de planos de carreira específicos e que tivesse como eixo o incentivo ao desenvolvimento profissional dos trabalhadores.

Conforme expresso na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS)<sup>11</sup> (Brasil, Ministério da Saúde,

---

<sup>11</sup> A NOB/RH-SUS é um instrumento que busca consolidar a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. A última versão do documento, elaborada em 2002, define os princípios básicos e as diretrizes que devem nortear a política de recursos humanos em saúde no país.

2002a), a área de gestão do trabalho em saúde passou a ser considerada como a questão mais complexa do Sistema Único de Saúde. A norma enfatiza a centralidade do trabalho, afirmando a necessidade da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho para o fortalecimento dos ideais da Reforma Sanitária, e identifica a necessidade de um resgate da relevância da gestão do trabalho em saúde como política pública; além disso, retoma a expectativa de que os trabalhadores atuassem como agentes de mudança da prática no setor público.

Esse documento destaca que, dentre as questões consideradas fundamentais para a efetiva implantação do SUS, a mais complexa e que sofria o mais intenso processo de desregulamentação na política de reforma do Estado no país era a dos recursos humanos. E isso pela convivência de trabalhadores de diferentes níveis de governo e de distintas entidades prestadoras de serviço dentro do Sistema Único de Saúde no mesmo local de trabalho, com direitos e deveres diferenciados. O documento menciona ainda os principais problemas enfrentados pelos trabalhadores na época: falta de estímulo profissional, desvios de função, múltiplas jornadas de trabalho, relações de trabalho desprotegidas e ausência de espaços de negociação coletiva.

Nesse sentido, o tema “O trabalho na saúde” conformou-se como um dos dez eixos temáticos que subsidiaram as discussões da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003. Esse eixo envolveu as questões relacionadas aos recursos humanos em saúde, abrangendo não só as relativas aos aspectos da gestão, mas também as que diziam respeito à precarização das relações de trabalho e aos aspectos da educação dos trabalhadores do setor (Brasil, Ministério da Saúde, 2004d).

Essa nova agenda, que criticava as orientações restritivas que pauperaram as políticas públicas da década anterior, contribuiu para a construção das condições de reestruturação do Ministério da Saúde no início do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Nunes afirma a respeito que a criação da SGTES no Ministério da Saúde foi

o “exemplo mais emblemático da visibilidade adquirida por essa área” (2007, p. 5). Francisco Campos, secretário do órgão no período 2005 a 2010,<sup>12</sup> também destaca ter sido a criação da SGTES “uma construção histórica e de resgate das sucessivas manifestações de trabalhadores e acadêmicos em fóruns do setor” (Nunes, 2007, p. 7).

## **O Governo Lula e a reestruturação do Ministério da Saúde**

O início do primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva foi aguardado com fortes expectativas de mudanças, sobretudo no que se refere às políticas sociais – afinal, uma das marcas mais relevantes de administrações petistas anteriores, nos níveis estadual e municipal, havia sido o enfrentamento da questão social mediante uma perspectiva senão de superação, ao menos de redução das desigualdades. Como ressaltam Marques e Mendes, “toda a agenda do SUS foi praticamente reproduzida na parte relativa à política de saúde do documento *Programa de Governo 2002*” (Mendes e Marques, 2007, p. 18)<sup>13</sup> do então candidato à presidência. Como destaca Morosini:

No caso específico da saúde, esperava-se a chance de reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), rever as suas diretrizes, enfrentar as suas contradições, aprimorar os seus mecanismos de gestão e propiciar as condições políticas e técnicas de aprofundar a mudança do modelo de atenção em todos os níveis e de capilarizá-lo até as práticas e o processo de trabalho em saúde. Havia muitas expectativas positivas para

---

<sup>12</sup> Francisco Campos foi convidado para ser entrevistado pela equipe da pesquisa, mas, por dificuldades de agenda, não pôde conceder a entrevista.

<sup>13</sup> Esses autores acrescentam que, “apesar das expectativas, o contrário ocorreu. O esforço em realizar um superávit primário superior ao acertado com o Fundo Monetário Internacional (FMI) implicou constantes tentativas (vitoriosas ou não) de reduzir a disponibilidade de recursos para o orçamento da saúde pública” (Marques e Mendes, 2007, p. 18).

o setor, mesmo considerando-se as críticas feitas por vários militantes e analistas da área da saúde ao programa de governo apresentado durante a campanha eleitoral. (2010, p. 46)

De fato, logo no segundo mês de governo, o então ministro da Saúde Humberto Costa abriu a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT),<sup>14</sup> afirmando o irrestrito apoio do governo federal ao SUS (Brasil, Comissão Intergestores Tripartite, 2003a). A agenda política da gestão do ministro foi composta por cinco ações de caráter prioritário: ampliação do acesso ao sistema de saúde, ampliação da oferta de medicamentos, melhoria na qualidade do atendimento, controle de doenças evitáveis e expansão da atenção básica.

Para fazer frente a essa agenda, o ministro apresentou a nova estrutura do ministério, desenhada, a partir de uma profunda reformulação da configuração institucional anterior, com o objetivo de enfrentar a fragmentação de ações e fortalecer o SUS, mediante a elevação do nível de controle social sobre o sistema. O novo ministério passou a ser integrado por cinco secretarias, ocupadas por quadros vinculados à Reforma Sanitária e/ou a administrações petistas anteriores.<sup>15</sup> Teixeira

---

<sup>14</sup> A Comissão Intergestores Tripartite é a instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS. Está integrada por gestores do SUS das três esferas de governo e sua formação, com 15 membros, é paritária, sendo cinco deles indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conass e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

<sup>15</sup> A Secretaria Executiva, a cargo de Gastão Wagner – duas vezes secretário municipal de Saúde de Campinas e com longa passagem e reconhecimento acadêmicos –, vem a integrar o Departamento de Descentralização, até então funcionando no âmbito da antiga Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ocupada por Maria Luiza Jaeger – ex-secretária municipal de Saúde de Porto Alegre e ex-secretária estadual de Saúde do Rio Grande do Sul –, ficou encarregada das questões relativas à gestão, à capacitação e à formação de recursos humanos; a Secretaria de Atenção à Saúde, dirigida por Jorge Sola – ex-secretário municipal de Saúde de Vitória da Conquista, cujo trabalho ganhou projeção nacional –, unificou as ações até então a cargo das antigas Secretarias de Assistência à Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde; a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos em Saúde, ocupada por José Hermógenes – ex-secretário executivo do Ministério da Saúde –, respondia pela política de assistência farmacêutica, inclusive pela estratégica área de fortalecimento dos laboratórios oficiais produtores de farmoquímicos e pelo estímulo à pesquisa e ao desenvolvimento (a secretaria foi organizada em três departamentos: Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia e Economia da Saúde); e a Secretaria de Gestão Participativa, a cargo de Sérgio Arouca – ex-presidente

e Paim (2005, p. 271), ao analisarem a reforma administrativa do Ministério da Saúde nesse período, afirmam que as medidas implementadas sugeriam enfatizar a integração entre a atenção básica e a assistência especializada e hospitalar; destacar as questões dos recursos humanos; dar maior atenção aos insumos estratégicos (inclusive à assistência farmacêutica) e ao desenvolvimento científico e tecnológico e priorizar a gestão democrática.

Humberto Costa havia destacado, em repetidas declarações, a necessidade de enfrentamento de questões como mortalidade infantil, mortalidade materna, manutenção e expansão do Programa Saúde da Família (PSF), fortalecimento do SUS, monitoramento da dengue, continuidade dos programas de controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) e do tabagismo, aumento dos valores do Piso da Atenção Básica (PAB) e da assistência farmacêutica, reforço do atendimento de urgência e emergência e do novo modelo de gestão dos hospitais universitários (Teixeira e Paim, 2005, p. 271-272).

Essas promessas, no entanto, pouco se traduziram em políticas que expressassem os compromissos assumidos durante a campanha presidencial: “nada sobre a regulação dos ‘planos de saúde’; muito pouco em relação à indústria farmacêutica e à produção de genéricos; nenhum plano de expansão dos investimentos nos serviços públicos; nenhum compromisso claro com a força de trabalho em saúde” (Teixeira e Paim, 2005, p. 272). Assim, apesar de o ministro da Saúde ter declarado publicamente o seu compromisso de apoiar as conclusões emanadas da XII CNS, “nos anos seguintes, o governo já não parecia ter o mesmo ímpeto para iniciar processos e projetos” (ibid., p. 277), em decorrência dos compromissos assumidos com os organismos internacionais. Desde a primeira campanha eleitoral, Lula já havia decidido o caminho a ser trilhado: “Não mexo na economia, não tem volta. O caminho está tomado e ponto final” (ibid.).

---

da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ex-secretário estadual de Saúde do Rio de Janeiro, ex-secretário municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro e ex-deputado federal –, ficou responsável pela organização das formas de controle social do SUS e pela relação do sistema de saúde com os organismos representativos da sociedade.

Ainda assim, é possível afirmar que o período que vai de 2003 a 2005 talvez tenha sido, no âmbito dos dois mandatos Luiz Inácio Lula da Silva, a fase em que mais se procurou viabilizar alguns dos princípios da Reforma Sanitária e dar sustentação à implantação do SUS. De fato, sobretudo no início do primeiro governo, esse projeto parecia ter sido reforçado, verificando-se

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária, que, nos anos 1990, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocuparem o segundo escalão do Ministério [da Saúde]; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde [...]; a convocação extraordinária da XII Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da Saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde [...]. (Bravo, 2005, p. 3)

Uma das prioridades do governo dizia respeito especificamente à questão dos trabalhadores da saúde, devendo ser equacionadas as graves distorções na área de recursos humanos do SUS. Nas palavras do ministro Humberto Costa: “Chegou o momento do SUS fazer uma ampla discussão sobre seus recursos humanos, na medida em que há déficit de pessoal, há formação distanciada do novo modelo de atenção implementado pelo SUS, entre outros problemas” (Brasil, Comissão Intergestores Tripartite, 2003a). Documentos do Ministério da Saúde passam a salientar o entendimento do trabalhador como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas como mero recurso humano, realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nossos entrevistados reforçam a urgência no enfrentamento das questões da área, e seus depoimentos ilustram a expectativa diante dessa necessidade:

[...] participei das várias elaborações dos vários programas do Lula para a saúde até o programa de 2002, quando todas essas questões foram colocadas. A proposta geral [...] era de que era necessário de uma vez por todas o Ministério da Saúde assumir o seu papel no que diz respeito à carreira, à formação e à precarização do trabalho em saúde. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Dentre as novas secretarias, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde ficou encarregada das questões relativas à gestão, capacitação e formação de recursos humanos. A SGTES é composta por dois departamentos: Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts). Ao primeiro cabe propor e formular as políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior do SUS. O segundo departamento trata das relações de trabalho e se baseia na concepção de que a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e a eficiência do Sistema Único de Saúde.

## **A criação da SGTES**

“A ideia da SGTES surgiu basicamente de quem trabalhou no documento da política de saúde do Governo Lula”, afirmou Maria Luiza Jaeger, uma de nossas entrevistadas, explicitando a intenção do novo governo de pensar de forma mais orgânica os diferentes setores que constituem o campo da saúde, aí incluídos o trabalho e a educação na saúde. Maria Helena Machado, outra entrevistada, ressalta:

O Governo Lula entra mostrando a importância de tratar de todos os assuntos que basicamente compõem a nossa

agenda: desprecarização, plano de carreira, valorização do profissional, a questão dos técnicos; a própria questão da regulação, jornada, salário, concurso... muitos problemas; condições de trabalho, saúde do trabalhador da saúde... Eu creio que se há um legado que o Governo Lula vai deixar é ele ter dado essa dimensão à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dificilmente essa estrutura deixará de existir. Até porque o problema que temos é de tal ordem [que] creio ser ela muito importante. O maior legado que o Governo Lula vai deixar é ter ressaltado que o trabalhador é importante na saúde. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

No período compreendido entre 2003 e 2005, é deflagrada “uma série de estratégias para, de alguma maneira, enfrentar a dívida relativa a questões dos recursos humanos em saúde e onde são retomados, com maior intensidade, debates e disputas por propostas de políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde” (Morosini, 2010, p. 50). Referindo-se à criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Júlio Müller comenta:

Eu acho que foi uma das grandes medidas do governo que assumiu em 2003, do governo federal – no caso, o presidente Lula –, e do Ministério da Saúde [...]. Eu achei politicamente correto porque foi como uma espécie de [...] ato político. Marcar posição e dizer: é por aqui que nós vamos; a política agora é juntar, integrar, trabalhar. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

Essa tentativa de juntar e integrar expressa no depoimento acima remete à necessidade de tentar superar a fragmentação existente, sobretudo nas ações de qualificação, diluídas nos diferentes programas de atenção à saúde, e pode ser identificada no redesenho da instância federal do Ministério da Saúde responsável por essas questões.



Na opinião de vários autores (Vieira, 2005; Teixeira e Paim, 2005; Pierantoni et al., 2008; Morosini, 2010), a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde representou significativo avanço no sentido da estruturação de uma política de recursos humanos em saúde capaz de contribuir para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. Até então, a formação e as relações de trabalho dos trabalhadores em saúde encontravam-se afeitas à Coordenação de Políticas de Recursos Humanos, órgão do terceiro escalão do Ministério da Saúde. Sobre esse assunto, a nova secretaria explicitou:

[...] o papel do gestor federal quanto às políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país. Com a SGTES, inaugura-se, na estrutura ministerial, um espaço que deve, junto às demais instâncias gestoras do sistema de saúde, assumir a formulação e execução da Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS). (Vieira, 2005, p. 20)

Cabe destacar que a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde também repercutiu nas instâncias estaduais e municipais de governo, levando à revisão das estruturas responsáveis pela questão dos recursos humanos em saúde e à ampliação do quantitativo de secretarias – que se aproximaram do órgão federal no que diz respeito à denominação e ao desenho institucional – nesses níveis de governo. Na opinião de representantes do Conass e do Conasems:

É muito importante que cada área – federal, estadual e municipal – tenha o seu núcleo, seus departamentos, enfim suas áreas para pensarem na questão específica da educação em saúde. Às vezes acontece dessas áreas se distanciarem um pouco das outras áreas e aí há uma dificuldade, porque ela não existe em si, ela é parte, então ela tem de fazer uma interlocução muito próxima e não se afastar das outras questões. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005)

[...] eu acho que [a criação da SGTES] foi extremamente positiva [...], com o tempo gerou uma reação muito favorável. Foi um processo lento, mas gerou e hoje, no último levantamento [do Conass] que fizemos, acho que metade das secretarias estaduais já uniu as áreas, já trabalham em grupo. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

Deve-se mencionar ainda, como desdobramento da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a alteração, em 2007, da denominação do antigo Grupo de Trabalho Recursos Humanos e Profissões, criado em 1994 na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), para Grupo de Trabalho e Educação na Saúde. Com isso, de acordo com Nunes, buscava-se retratar “uma nova dimensão conferida ao campo e absorver um novo tratamento teórico metodológico, com a incorporação de novas categorias de análise” (2007, p. 5). Pode ser citado, ainda, o deslocamento, em 2003, da coordenação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Rorehs),<sup>16</sup> criada em 1999 por iniciativa da Opas, para a SGTES. Assim, cabe afirmar como uma das características do campo de RHS a forte imbricação entre academia, serviços de saúde e organismos internacionais, com destaque para a Opas,<sup>17</sup> o que muitas vezes gerou certa ambiguidade entre produção do conhecimento e estudos com fins operacionais.

## Em busca de novas concepções para o trabalho e a educação na saúde

Entre os objetivos propostos para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde estava a tentativa de superação do con-

---

<sup>16</sup> Atualmente, a Rorehs conta com mais de vinte estações de trabalho no país, responsáveis pelo desenvolvimento de estudos relacionados ao mercado de trabalho em saúde, formação, gestão e políticas de recursos humanos.

<sup>17</sup> Ver a respeito, nesta coletânea, o artigo “A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990”, de Filippina Chinelli, Alda Lacerda e Monica Vieira.

ceito de recursos humanos. Ainda que na saúde esse conceito não siga uma lógica puramente administrativa, ele seguia enfatizando a racionalidade gerencial, que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma dimensão funcional. Nesse sentido, a denominação proposta para a nova secretaria reforçava a necessidade de distanciamento da noção de RHS:

Eu estava aqui no momento histórico em que tivemos de dar o nome a essas secretarias e departamentos. [...] “Recursos humanos” com certeza não poderia ser, porque nós já escrevemos [muito] criticando o conceito de recursos humanos. Não podíamos mais usar esse conceito. Nós buscamos bani-lo de nossos documentos, entendendo que ele [...] está bastante associado a uma perspectiva pouco humanizada e pouco clara do que de fato é a área da saúde. Está associado a outros recursos [que] tomam o recurso humano como uma peça a mais de um processo. Nós achamos o termo ruim, não representa o que é de fato. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Considerando que a dimensão da gestão do trabalho em saúde ganha visibilidade no contexto de flexibilização das relações de trabalho, desenha-se no SUS um cenário paradoxal. Convive-se, a um só tempo, com a precarização do trabalho e com as expectativas de um “novo” tipo de trabalhador: participativo, autônomo e criativo.

Buscando construir um novo paradigma que valorize os conceitos de trabalho e de educação, a nova secretaria se vê atravessada por diferentes nuances entre suas propostas de reorientação, que, muitas vezes, subordinam esses conceitos à noção contemporânea de gestão. Ricardo Ceccim, diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde de 2003 a 2005, relembra seu ingresso no Ministério da Saúde e chama atenção para um dos principais aspectos desta reorientação:

[A ideia] era de que nós pudéssemos enfrentar a questão do treinamento de recursos humanos pois não são recursos humanos, são atores, esses atores não são treinados, esses atores são mobilizados para uma prática, e a educação participa da mobilização dessa prática, mas então, na ordem de treinamento, não mais. Era necessário inverter esse conceito de treinamento por uma compreensão mais de desenvolvimento do ator social trabalhador. (Ricardo Ceccim, diretor do Deges/SGTES/MS de 2003 a 2005)

Os entrevistados parecem acreditar que a definição de um espaço específico para tratar as questões da gestão do trabalho e da educação sinalizaria a importância de um movimento em direção a novas abordagens da relação trabalho/educação na saúde:

[...] treinamento lembra esforço competitivo, lembra treinamento de cachorrinho; o que nós precisamos é de pessoas que pensem sobre a realidade e atuem sobre essa realidade. Então, a palavra treinamento é uma palavra que nós tentamos não usar; e sempre tentamos mostrar o que há por trás dessa palavra: fazer que todas as pessoas executem as mesmas ações. Num país deste tamanho [...], o conceito [de treinamento] é um conceito absolutamente atrasado para o que eram as necessidades do sistema naquele momento, e também o conceito que se tinha de educação, o conceito que se tinha do trabalho. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Questiona-se em que medida tal mudança parece sinalizar algo mais do que uma alteração estrutural, simbolizando um deslocamento de significados e sentidos na busca de um encontro com um conceito muito mais rigoroso e bem fundamentado de trabalhador (Mendes-Gonçalves, 1993).

Desde o início dos anos 2000, o conceito de gestão foi recuperado no contexto da discussão sobre os processos de mudança em curso na

organização contemporânea do trabalho. Sinalizava-se a importância de se promover um novo conceito de RHS e enfatizava-se a necessidade de se analisar, entre outras questões, a qualidade e a produtividade no trabalho em saúde, destacando a lacuna de abordagens alternativas de gestão.<sup>18</sup>

Nós ficamos muito em dúvida de qual nome daríamos [à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde]. [...] Para dar um termo, gestão da educação e dos trabalhadores ficaria restrito. [...] Já [a expressão] trabalho e educação está claro que congregam formação, qualificação, técnico, superior, nível médio, mas penso que trabalho também permite falar de processo de trabalho, de trabalhadores: é muito abrangente. E gestão do trabalho é mais abrangente, porque permite tudo. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Concordando com a fala anterior da entrevistada, Pierantoni et al. (2008) sugerem que o remédio para a rigidez e a ineficiência da administração pública seria um novo formato de “gestão”:

O mundo contemporâneo vem experimentando inovações nos processos de gestão, horizontalizando as funções de gerência, (re)nomeando e (res)significando a gerência de recursos humanos para a gestão de pessoas, no sentido de “humanizar” a área e valorizar o capital humano e, ao mesmo tempo, buscar qualidade, produtividade e competitividade. Ou seja, desenvolver novos estilos gerenciais, visto que as formas tradicionais já não respondem às exigências de competitividade no mercado. Ao trabalhador são imputados novos atributos via ampliação de seus conhecimentos e busca pela polivalência funcional, para garantir espaços no mundo cada vez mais restrito de oportunidades de emprego. (Ibid., p. 689)

---

<sup>18</sup> Sobre o tema, ver, entre outros, Brito Quintana, 2000 e 2002; Peduzzi e Schraiber, 2000; Nogueira e Santana, 2000; e Pierantoni, 2000.

No entanto, a definição de gestão como conceito orientador da formulação e da implementação das políticas públicas é, em geral, bastante fluida, favorecendo interpretações muitas vezes ambíguas sobre qual a sua atribuição no âmbito dessas políticas. Ressalte-se, ainda, que as “inovações” apontadas pelas autoras, ao fim e ao cabo, podem implicar o risco de colocar nos ombros dos trabalhadores a necessidade de seu engajamento à nova organização do trabalho, sua disposição de diuturnamente serem capazes de inovar e renovar suas habilidades técnicas e disposições objetivas e subjetivas – ou seja, o sucesso ou o fracasso do SUS.

Nesse sentido, é necessário destacar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) como formulação que vai ao encontro desse novo modelo de gestão e que aparece, nos documentos divulgados pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, como uma tentativa de ampliar as concepções de trabalho e educação até então relacionadas ao campo de RHS.

A Pneps, lançada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela portaria nº 198<sup>19</sup> (Brasil, Ministério da Saúde, 2004c), como uma das principais ações voltadas à transformação do processo de trabalho em saúde, surge como “estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor de saúde” (Brasil, Ministério da Saúde, 2003b, p. 1).

Algumas iniciativas no campo da formação e do desenvolvimento dos profissionais da saúde já vinham sendo desenvolvidas pelo SUS; entretanto, de acordo com o Degerts/SGTES, a desarticulação, a forma fragmentada e a heterogeneidade conceitual de tais iniciativas não teriam permitido alcançar os objetivos propostos.

---

<sup>19</sup> As considerações da portaria nº 198 demonstram as expectativas que giram em torno dessa política, entendida como “dispositivo” capaz de articular, de forma orgânica, os diversos segmentos/atores e instituições do setor da saúde, e, nesse movimento, possibilitar ao mesmo tempo o fortalecimento e a concretização do SUS e contribuir para reorganizar e reorientar o modelo de assistência (Brasil, Ministério da Saúde, 2004c).

Assim, a Pneps foi apresentada como uma proposta para a superação das insuficiências dos programas anteriores, visando produzir impacto nas instituições formadoras, alimentar processos de mudança, transformar as práticas dominantes no sistema de saúde e desafiar os diferentes atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (Brasil, Ministério da Saúde, 2003b, p. 5).

Os formuladores da política de educação permanente em saúde (EPS) postulavam que a mesma deveria constituir-se em eixo transformador, um meio estruturante para o fortalecimento do SUS, mobilizando recursos e poderes. A transformação das práticas profissionais deveria estar baseada na “reflexão crítica sobre as necessidades reais de profissionais reais em ação na rede de serviços” (Brasil, Ministério da Saúde, 2003b, p. 7).

Toda essa discussão sobre a potencialidade da educação permanente em saúde convivia com iniciativas pautadas em modelos gerenciais que introduziam na administração pública conceitos e práticas gestados no âmbito da iniciativa privada, com ênfase na flexibilidade. Assim, a política de educação permanente, ao trabalhar com a perspectiva de rompimento, pelos trabalhadores da saúde, da hegemonia médico centrada no interior das instituições públicas, reforçando as possibilidades da micropolítica nos ambientes de trabalho, acaba por enfatizar que a possibilidade de um trabalho autônomo depende, em grande medida, da própria organização dos trabalhadores. No entanto, quando esse discurso ganha dimensão mais ampla, pretendendo transformar o sistema de saúde como um todo, acaba deslocando-se da realidade concreta na qual os trabalhadores se inserem, deixando de considerar a situação de trabalho em que atuam. A política de EPS conforma-se em contexto de disputa e insere-se numa conjuntura desfavorável à ampliação dos direitos sociais.

A SGTES, tendo como uma de suas intenções a perspectiva de retomar, no que se refere aos trabalhadores do SUS, os ideais da

Reforma Sanitária, não consegue nesses primeiros anos o alcance desejado. A agenda do Departamento de Gestão da Educação na Saúde que ressaltava a relação trabalho/educação como questão central para a transformação das práticas em saúde, adotando a educação permanente como estratégia fundamental na viabilização das mudanças, não foi concretizada. Estudo do Observatório dos Técnicos em Saúde (2006) que analisou os projetos de EPS aprovados pelo Ministério da Saúde entre 2004 e 2005 constatou que a maioria das ações propunha cursos predominantemente de curta duração (com carga horária de até 60 horas) e eventos educativos esporádicos (oficinas, seminários, vivências e fóruns). O relatório do estudo indica que tais ações não parecem ter contribuído para avançar em um dos objetivos principais anunciados pela política de EPS, qual seja, o da articulação dos diversos programas já em andamento e a superação de seu caráter fragmentado. A Pneps passou por reorientação com a saída de Humberto Costa do Ministério da Saúde, conforme abordado no próximo tópico.

O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde mantém o processo de implementação de sua pauta original, identificada desde 2004 como “agenda positiva” (Brasil, Ministério da Saúde, 2004e). Essa pauta foi baseada em ações que passam pela necessidade de realização de diagnósticos da situação dos trabalhadores da saúde, desenvolvimento de sistemas de informação sobre a força de trabalho no setor, identificação das necessidades de trabalhadores, profissionalização da gestão do trabalho nas demais esferas de governo e desenvolvimento de ações visando desprecarizar o trabalho e viabilizar o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS/SUS).

Essas duas últimas ações foram eleitas questões prioritárias, e em 2004 foi constituída a comissão especial para a elaboração de diretrizes do plano, a fim de viabilizá-lo, atendendo não só às demandas dos trabalhadores, como também às dos gestores. Buscava-se com isso orientar a reorganização dos trabalhadores do SUS, visando atender aos requisitos de valorização do profissional, de alocação do profissional



conforme necessidades do sistema e de atendimento a municípios e regiões carentes.

No que diz respeito à desprecarização, partiu-se da constatação de que cerca de trinta por cento da força de trabalho encontra-se inserida em modalidades de relações precárias no setor público de saúde. Assim, foi criado o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, com a intenção de discutir mecanismos de regularização dos vínculos de trabalho (Brasil, Ministério da Saúde, 2006b).

## A SGTES pós-2005

A saída de Humberto Costa do Ministério da Saúde, em julho de 2005, e a posse no cargo de Saraiva Felipe, então deputado federal pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) mineiro, ocorreu em uma conjuntura que fortalecia as funções de gestão e regulação do Estado brasileiro. No caso da saúde, essa ênfase pode ser percebida tanto nos pactos entre gestores e prestadores de serviços quanto na reformulação das atividades de controle assistencial e de avaliação dos programas de atenção à saúde, na regulação do acesso e na capacitação dos quadros gerenciais do SUS.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde passou na mesma época por uma transição que provocou mudanças não só na equipe, mas também nas orientações das políticas. Dessas mudanças, que repercutiram especialmente no Departamento de Gestão da Educação na Saúde, talvez a mais relevante tenha sido a alteração provocada na dinâmica da política de educação permanente em saúde a partir de nova portaria,<sup>20</sup> que vinculava mais diretamente a política de EPS às instâncias de pactuação e de controle social do SUS, eliminando o protagonismo representado pelos Polos de Educação

---

<sup>20</sup> A portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2007).

Permanente em Saúde. A condução da política passa a ser dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), por meio dos Planos de Ação Regional (PARs), contando com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino–Serviço (CIEs).

A principal mudança é que eles passaram a entender educação permanente como uma didática, porque a política deles não é a de encontrar com todo mundo. A política deles é dizer o que deve ser feito. [...] nós não tínhamos uma política de edital, nós tínhamos uma política de fórum. A política de edital diz: encaixem-se nesse desenho, concorram a esse desenho e nós vamos financiar. A política de fórum é: o fórum vai inventar o que vai acontecer. E nós trabalhávamos com a política de fórum de educação permanente. E o grupo atual trabalha com a lógica do edital. (Ricardo Ceccim, diretor do Deges/SGTES/MS de 2003 a 2005)

Outro entrevistado, representante do Conass, ressaltou aspectos referentes à política de EPS, sobretudo suas consequências organizacionais. Segundo ele, a política anterior tinha um objeto “muito alargado”, que abarcava tudo, inclusive a graduação. Sinaliza que o risco de um objeto pouco definido é “exatamente de a política não dar certo”. Ressalta ainda que a Pneps, do seu ponto de vista, ao criar os espaços locorregionais, deixava de considerar os estados.<sup>21</sup> Contudo esse entrevistado concorda com Ricardo Ceccim, quando atribui à Pneps a possibilidade de ampliar a participação dos atores envolvidos na disputa por recursos:

---

<sup>21</sup> De acordo com a proposta apresentada pelo Degers/SGTES/MS, a construção e condução locorregional da Pneps deveria ser desenvolvida por meio, principalmente, da constituição de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, os quais teriam, entre suas funções, mobilizar a formulação e a integração de ações de educação e a formação e capacitação dos distintos atores locais; induzir processos de transformação das práticas de saúde; formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas; e estabelecer relações de cooperação com os demais polos de EPS (Brasil, Ministério da Saúde, 2003b, p. 19).

[...] um grande mérito da proposta era que, pela primeira vez, colocavam-se os recursos para serem decididos pelos atores, pelos sujeitos que estavam no processo, em vez daquele modelinho dos programas verticais, que vão prontinhos, já organizadinhos. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

O representante do Conass considera a anterior proposta da Pneps “interessante, generosa, solidária, avançada”, mas pensa que ela “estava vagando” paralelamente ao SUS, sendo necessário trazê-la para dentro do sistema de saúde. Em sua opinião, a portaria nº 1.996, que busca redefinir a política de EPS, reorganizou a proposta de educação permanente no interior da “estrutura institucional” já existente, nos diferentes níveis de gestão, “nos conselhos de saúde, nas bipartites, nas regionais”.

Autores como Teixeira e Paim (2005) ressaltam o papel da educação permanente como um importante movimento que convocou distintos atores envolvidos no processo de consolidação do SUS:

[...] a proposta de constituir Polos de Educação Permanente nos estados e municípios com mais de 100 mil habitantes, estruturando núcleos interinstitucionais e envolvendo gestores estaduais e municipais, as estruturas de formação dos serviços de saúde, polos de capacitação de saúde da família, universidades, escolas técnicas, hospitais universitários, escolas de saúde, núcleos de saúde coletiva, agências regionais [...]. (Teixeira e Paim, 2005, p. 273)

Nesse período de transição, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde lançou, pela portaria ministerial nº 2.261, de 22 de setembro de 2006, o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), justificado

pelas sinalizações de gestores e técnicos em inúmeros debates que revelavam a necessidade premente de investimentos na área.<sup>22</sup>

Em março do mesmo ano, foi realizada, treze anos após a segunda CNRHS, a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com o tema central “Trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação”. Foi organizada em seis eixos temáticos: 1) gestão do trabalho; 2) educação na saúde; 3) participação do trabalhador na gestão e negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde; 4) financiamento do trabalho e da educação na saúde pela União, pelos estados e pelos municípios; 5) controle social na gestão do trabalho e da educação na saúde; e 6) produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação, com foco no cuidado e na saúde do trabalhador do SUS. A estrutura da conferência guarda relação com a orientação política da equipe anterior. De fato, como informa Maria Luiza:

Apesar de toda resistência do Chico [Francisco Campos], acho que a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde representou a afirmação da política que fora feita. [...] Antes de sairmos, para garantir o documento básico da conferência, nós preparamos a conferência. E eles realizaram. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Maria Helena Machado, diretora do Degerts no período 2003-2010, departamento que mantém a mesma equipe desde 2003, não vê descon continuidades na agenda da gestão do trabalho no SUS:

---

<sup>22</sup> Consideraram-se também documentos produzidos nos últimos anos, como a pesquisa realizada pelo Conass em 2004, que analisou as estruturas de recursos humanos das secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal (Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2004a) e a pesquisa da Rede Observatório de Recursos Humanos/Instituto de Medicina Social/Uerj (Pierantoni, 2006), que estudou a capacidade gestora de recursos humanos nas secretarias de Saúde em municípios com população acima de 100 mil habitantes.

[...] em 2005 assume a nova direção no Ministério [da Saúde]. Em alguns lugares, mudou demais, reestruturou demais [...]. O nosso departamento [Degerts] não mudou nada. Ninguém saiu, ninguém. [...] quem assumiu a secretaria e assumiu o ministério são pessoas com as quais sempre tive bom trânsito. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Ao se referir à III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Maria Helena Machado considera que, mesmo com posições divergentes quanto à jornada e ao vínculo de trabalho, o evento selou o “compromisso com a gestão do trabalho”:

A conferência foi superimportante porque, na nossa área, tivemos dois assuntos. Eu achei boa a defesa e a aprovação da redução da jornada de trabalho. Esse foi o ponto em que não houve acordo, mas foram aprovadas a redução e a questão da inserção. Nós achamos que [a inserção] poderia ser flexibilizada [...], fazer por seleção pública ou concurso público, ambos com bastante rigor, mas o que passou foi concurso público [...]. Achamos que isso era um pouco de exagero [...]. Contudo, de modo geral, a III Conferência Nacional sela o compromisso com a gestão do trabalho. [...] Eu diria que tão cedo não precisaremos fazer outra conferência. [...] Acho que a conferência deu um *status* muito bom para a área. O documento está bom. É claro que todo documento de conferência tem os excessos, coisas que foram aprovadas e que o gestor certamente não vai concordar, porque não tem como fazer. Mas foi aprovado. Porém, de modo geral, o documento da conferência reforça e sacramenta a política de gestão do trabalho. Não tem nada lá que a secretaria [Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde] e o departamento [Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde] não estejam fazendo. Tudo [isso] nós estamos fazendo. Se não estamos, estamos querendo fazer. Não tem confronto entre o que estamos fazendo e o que a conferência propôs. Até porque

fizemos juntos. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Na interpretação dessa entrevistada, não foram sugeridas correções de rumo nas políticas até então formuladas pelo Degerts, cabendo ressaltar que as recomendações emanadas da conferência, embora ainda longe de serem efetivamente implementadas, seguem norteando as ações de toda a SGTES. A questão é que as principais diretrizes da Reforma Sanitária continuam a ser descumpridas e que a expectativa de implantação do SUS nos moldes constitucionais avançou muito pouco, mantendo-se a precarização, a terceirização dos trabalhadores e a descontinuidade nos repasses, e fortalecendo-se com isso, em geral, as forças políticas que lutam para que o princípio de inclusão no sistema público de saúde seja a pobreza.

De fato, contrariando as expectativas de enfrentamento da questão social, os dois governos de Luiz Inácio Lula da Silva não alteraram de forma significativa o quadro da saúde pública no país, dando continuidade às políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Com isso não se pretende afirmar que não tenha ocorrido nada de novo, mas sim que predominam até hoje os aspectos de continuidade com os governos de Fernando Henrique Cardoso. Acrescente-se a isso a dificuldade de implementar uma concepção unificada de seguridade social que integre de forma orgânica a saúde, a assistência social e a previdência social. Ou seja, permanecem em disputa o modelo público e universalista da saúde e o modelo privatista, que se orienta pela lógica do mercado, oscilando o governo no apoio a um ou a outro, conforme diferentes correlações de forças políticas (Bravo e Menezes, 2008).

A criação da SGTES, conseguindo inserir o trabalho e a educação na agenda de formulação das políticas públicas de saúde no país e tendo como uma de suas intenções a perspectiva de retomar, no campo dos RHS, os ideais da Reforma Sanitária, ainda não logrou o alcance desejado. Carece, para tanto, de base política e sustentação teórico-crítica,

visando à superação da concepção que, hegemônica, reforça uma perspectiva conservadora da política social.

No momento em que o país assiste aos primeiros passos de um “novo” governo, resta saber se as prioridades identificadas serão incorporadas ou não à agenda do Ministério da Saúde. No que se refere aos trabalhadores da saúde, concordamos com Bravo e Menezes (2008) quando salientam que a questão de recursos humanos no SUS permanece como o grande problema do estrangulamento do sistema.

## Referências bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Gestão do trabalho: regulação x precarização – o fenômeno da terceirização no setor público de saúde*. Oficina de trabalho. Brasília: Abrasco, 2003. (Mimeo).

\_\_\_\_\_. *Relatório da oficina de trabalho de planejamento estratégico do GT Trabalho e Educação na Saúde*. Relatório final. Petrópolis: Abrasco, dez. 2007. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/grupos/documentos.php?id\\_gt=9](http://www.abrasco.org.br/grupos/documentos.php?id_gt=9). Acesso em: 28 abr. 2011.

BRASIL. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT). Relatório da reunião da Comissão Intergestores Tripartite, com o tema “A nova estrutura e diretrizes do Ministério da Saúde”, realizada em 20 de fevereiro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde–CIT, 2003a. Disponível em: [http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/debates\\_3.cfm?debate=62&txt=259](http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/debates_3.cfm?debate=62&txt=259). Acesso em: 6 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Estruturação da área de recursos humanos nas secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal*. Brasília: Conass, 2004a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS*. Brasília: Conass, 2004b. (Conass Documenta, 4).

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma operacional básica de recursos humanos NOB/RH-SUS*. Apresentação da quarta versão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria n° 198/GM/MS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 fev. 2004c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria n° 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 ago. 2007. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1996-%5B2968-120110-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf\\_rh.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf). Acesso em: 15 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *III Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1963. Disponível em: [http://www.aprendersaude.com.br/moodle/pluginfile.php/2/blog/attachment/270/Anais\\_III\\_CNS\\_1963.PDF](http://www.aprendersaude.com.br/moodle/pluginfile.php/2/blog/attachment/270/Anais_III_CNS_1963.PDF). Acesso em: 28 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *IV Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1967. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4conf\\_nac1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4conf_nac1.pdf). Acesso em: 28 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em: 15 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *XII Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf). Acesso em: 28 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.



\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. COORDENAÇÃO GERAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS. *Cadernos RH SUS*, Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E DA REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. *Informação – políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. PROGRAMA NACIONAL DE DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS. *DesprecarizaSUS: perguntas & respostas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*, v. 3, n. 1, 2006c.

BRAVO, Maria Inês Souza. Entrevista. *Cadernos Especiais*, n. 6, 2005. Disponível em: <http://www.assistentesocial.com.br/novosite/cadernos/cadespecial6.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2011.

\_\_\_\_\_; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Política de saúde no Governo Lula. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Projeto Políticas Públicas de Saúde, Faculdade de Serviço Social, Uerj, 2008.

BRITO QUINTANA, Pedro E. *Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales*. In: CONGRESO LATINOAME-

RICANO DE SOCIOLOGÍA DEL TRABAJO, 3. *Anales...* Buenos Aires, mayo 2000.

\_\_\_\_\_. Presentación. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, Buenos Aires, v. 8, n. 15, 2002.

CASTRO, Janete Lima de. *Protagonismo silencioso: a presença da Opas na formação de recursos humanos em saúde no Brasil*. Natal: Observatório RH-Nesc, UFRN; Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Projeto memória da educação profissional em saúde*. Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz–Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006. Disponível em: [http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Memorias\\_educacao\\_profissional.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/EPSJV-FIOCRUZ/Memorias_educacao_profissional.pdf). Acesso em: 7 jan. 2011.

HOCHMAN, Gilberto; SANTOS, Paula Xavier dos; PIRES-ALVES, Fernando. História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas. In: BARROS, André Falcão do Rêgo; SANTANA, José Paranaguá; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos (org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. V. 2.

LEHER, Roberto. *Da ideologia do desenvolvimento à ideologia da globalização: a educação como estratégia do Banco Mundial para “alívio” da pobreza*. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

LIMA, Júlio César França; BRAGA, Ialê Falleiros. *Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz–Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006. Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/projeto/Relatorio%20Memoria.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2011.

LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no Governo Lula. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. 1, jun. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802007000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 nov. 2010.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. *A investigação sobre recursos humanos em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

MOROSINI, Márcia Valéria. *Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SANTANA, José Paranaguá. *Gestão de recursos humanos e reformas do setor público: pressupostos de uma nova abordagem*. Documento elaborado sob encomenda do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde para o Workshop on Global Health Workforce Strategy. Organização Mundial de Saúde: Annecy (França), dez. 2000. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF22.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2011.

NUNES, Tânia Celeste Matos et al. *Termo de referência do GT Trabalho e Educação na Saúde da Abrasco*. Petrópolis, dez. 2007. (Mimeo.).

OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE. *Análise da política de educação permanente de saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde*. Relatório final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006. Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/projeto/Relatorio%20EPS.pdf>. ACESSO em: 10 jan. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1994.

PAIVA, Carlos Henrique A.; PIRES-ALVES, Fernando; HOCHMAN, Gilberto. *A cooperação técnica Opas-Brasil na formação de trabalha-*

dores para a saúde (1973–1983). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, maio-jun. 2008.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lilia Blima. A pesquisa na área de recursos humanos em saúde no Brasil. In: WORKSHOP MAPEAMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA E INTERVENÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, NO ÂMBITO NACIONAL. *Anais...* Botucatu: Unesp, maio 2000.

PEREIRA, Isabel Brasil. *A formação profissional no cenário do SUS*. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

PIERANTONI, Célia Regina. Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas. Rio de Janeiro, 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_ (coord.). *Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes*. Relatório final. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro–Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/pesquisa/324258.PDF>. Acesso em: 28 abr. 2011.

\_\_\_\_\_ et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis*, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000400005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 6 jan. 2011.

PIRES-ALVES, Fernando; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. *Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas–Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PONCHIROLI, Osmar. *A importância do capital humano na gestão estratégica do conhecimento sob a perspectiva da teoria do agir comunicativo*. Florianópolis, 2003. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) –

Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SANTANA, José Paranaguá de; CASTRO, Janete Lima de (org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU*. Natal: EDUFRN, 1999.

TEIXEIRA, Carmem; PAIM, Jairnilson Silva. A política de saúde no Governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, n. 29, p. 268-283, 2005.

VIANA, Ana Luiza D’Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300016&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300016&lng=pt). Acesso em: 6 jan. 2011.

VIEIRA, Monica. *Trabalho e qualificação no SUS e a construção dos modos de ser trabalhador nas organizações públicas de saúde*. Rio de Janeiro, 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.



# Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação

Anna Violeta Durão  
Márcia Valéria Morosini  
Valéria Carvalho

A luta política empreendida pelos agentes comunitários de saúde (ACSs) no que se refere à conquista do direito à qualificação técnica e ao caráter de sua inserção laboral nos quadros do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser compreendida considerando-se o viés ideológico com o qual o Estado brasileiro elabora e põe em prática políticas públicas de saúde voltadas às populações pobres do país.

À diferença dos demais trabalhadores, os ACSs ganharam relevância política em uma conjuntura marcada pelo desmonte de boa parte dos direitos trabalhistas garantidos pela Constituição de 1988, momento em que as políticas neoliberais ganhavam corpo no país, com a eleição de Collor de Mello, que, em 1991, criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs).<sup>1</sup> Visando diminuir a mortalidade materno-infantil nas regiões mais pobres, o programa se concentrou principalmente no Norte e Nordeste. Na ótica do poder público, considerava-se que o trabalho dos agentes na implantação de ações simplificadas contribuiria também para evitar o congestionamento do sistema de assistência à saúde (Silva e Dalmaso, 2002a).

Os ACSs são considerados pelas políticas atualmente em vigor trabalhadores de vital importância para a implantação do Programa

---

<sup>1</sup> Como mencionado, posteriormente o programa passou a se denominar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

Saúde da Família (PSF), visto serem compreendidos como elemento de ligação entre as populações mais pobres ou “comunidades” – termo correntemente utilizado em documentos produzidos nos três níveis de governo e por parte da literatura acadêmica que trata do tema – e as políticas públicas. Essa relevância, porém, não encontra correspondência nos processos de qualificação simplificada a que têm acesso, nem nas relações de trabalho a que são submetidos, caracterizadas pela precariedade do vínculo com o poder público, por baixos salários, pela frequente intensificação da jornada de trabalho e pela possibilidade de adquirirem toda a sorte de patologias, dada a natureza física e psicologicamente estressante das atividades que desenvolvem.

O presente artigo trata dessa inserção contraditória dos ACSs no Sistema Único de Saúde, dando ênfase aos principais marcos históricos de seu processo de qualificação. Considera que, a despeito da importância política desses trabalhadores, quando se trata de políticas para desprecarizar o seu vínculo trabalhista, assegurar a formação técnica adequada às demandas das populações atendidas e incorporá-los como profissionais da saúde, sobressaem contradições que evidenciam a influência das políticas de caráter liberal-privatista que vêm sendo implantadas no Brasil, sobretudo a partir dos anos 1990, com o Governo Collor de Mello (1990-1992).

Na análise que se segue, os conceitos de comunidade e Estado, tomados como resultantes da configuração que assume a correlação de forças em conjunturas históricas específicas, ocupam papel central. Essa centralidade substantiva a hipótese de que, diante da decomposição das antigas bases que estruturavam o modelo fordista de produção e das políticas públicas de caráter universalista a ele relacionadas, o conceito de comunidade foi reduzido a uma categoria ideológica. Essa categoria faz parte do aparato ideológico acionado pelos aparelhos privados de hegemonia<sup>2</sup> na redefinição de seus projetos de sociabilidade, com vistas

---

<sup>2</sup> Gramsci destaca que, com a socialização da política, surge uma complexa rede de organizações coletivas com um papel mais ou menos determinante na formação dos equilíbrios de poder. A esfera da política se amplia para além dos aparelhos executivos e repressivos do Estado, passando a incorporar, o que o autor chamou de sociedade civil, formada pelo conjunto plural dos aparelhos “privados” de hegemonia (Coutinho, 1992).



à obtenção de consenso para políticas sociais restritivas, aí incluídas as políticas de saúde.

Essa formulação está ancorada nos estudos de Neves (2005b), que destacam a difusão no Brasil do neoliberalismo da terceira via – o qual tem em Giddens (1999) o seu principal formulador –, cujo receituário prevê que o Estado, em sentido estrito, estimule e gerencie políticas focalizadas, em parceria com a sociedade civil, como forma de apassivar o acirramento da exploração. Para tanto, é necessário construir os valores éticos e morais do “novo” cidadão colaborador que, ante a retração dos investimentos nas políticas sociais, passa a ser incentivado a atuar local e contingencialmente – isto é, na comunidade e para a comunidade – na solução dos problemas enfrentados pela população mais empobrecida (Neves, 2005b).

### **Os sentidos da comunidade: busca do passado, ocultamento da contemporaneidade**

Desde os chamados estudos de comunidade, realizados no país sobretudo nas décadas de 1940 e 1950, a ideia de comunidade não esteve tão em voga quanto hoje, não só na mídia, como também em vários campos de aplicação das ciências humanas, como educação, serviço social, saúde, planejamento e políticas públicas.

Os estudos de comunidade se ocuparam do que na época se convencionou chamar de “sociedades tradicionais”, caracterizadas pela integração social baseada em estreitos laços de solidariedade, vizinhança e parentesco, e localizadas em pequenas cidades rurais, em oposição complementar às modernas sociedades em processo de urbanização acelerada, de cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, por exemplo.

A ânsia atual pela busca da comunidade em qualquer tempo e lugar denota, no mínimo, certo embaralhamento discursivo, com consequências políticas e ideológicas que não só acabam por esvaziar esse

significado, substituindo-o pela tentativa ilusória de parar o tempo, mas revelam principalmente a extraordinária capacidade de ocultamento e estigmatização contida no termo.

Sobre o primeiro significado, Bauman (2003, p. 7-9) destaca que contemporaneamente comunidade é definida *a priori* de forma positiva, remetendo sempre à ideia de uma “coisa boa”, “um lugar cálido e seguro” onde os indivíduos buscam refugiar-se dos riscos e da imprevisibilidade que marcam suas vidas. O autor adverte, porém, que a busca da “comunidade imaginada” é, na verdade, um sintoma de sua morte:

Quando começa a versar sobre seu valor singular, a derramar-se lírica sobre sua beleza original e a afixar nos muros próximos loquazes manifestos conclamando seus membros a apreciarem suas virtudes e outros a admirá-las ou calar-se – podemos estar certos de que a comunidade não existe mais (ou ainda, se for o caso). A comunidade “falada” (mais exatamente: a comunidade que fala de si mesma) é uma contradição de termos. (Ibid., p. 17)

As favelas cariocas são um caso exemplar da capacidade de ocultamento e de estigmatização contida no uso contemporâneo do termo comunidade. Seus moradores, em um movimento que pode ser chamado de “estigmatização às avessas”, incorporaram a ideia de que constituem uma comunidade na qual predomina a solidariedade e a integração social, na tentativa de elidirem uma imagem da favela e de seus moradores como espaço da pobreza, da desintegração familiar e da violência. Nessa tentativa, acaba-se, de um lado, por ratificar seu apartamento do restante da cidade e, de outro, por legitimar a “tendência simplificadora de querer encontrar a comunidade onde há a necessidade, ou nos grupos sociais em que encontramos carência, ou em coletivos que nos provocam compaixão” (Gomes, 2008, p. 4).

Desse ponto de vista, a associação entre comunidade e necessidade expressa um desigual jogo de interesses mediante o qual a suposta

comunidade procura garantir ganhos materiais e simbólicos, desde que o princípio da equidade não seja posto em cheque. Assim, como ironicamente recomenda Agnes Heller:

Em todas as suas negociações, apóie aquelas classes, grupos e países que suportam os mais brutais sofrimentos, a não ser que esse postulado se choque com as outras máximas de conduta política. É o princípio político e a máxima moral de equidade. (Heller, 1998, p. 105)

## **Estado, comunidade e políticas sociais**

Não é de hoje que o capitalismo recorre à ideia de comunidade para ocultar os efeitos da exploração da força de trabalho. Na interpretação de Bauman (2003), para que a sociedade moderna e o seu correlato ideológico, o individualismo, fossem construídos, foi necessário afastar o homem das suas bases tradicionais e substituir o “entendimento ‘natural da comunidade’ de outrora, o ritmo, regulado pela natureza, da lavoura, e a rotina, regulada pela tradição, da vida do artesão, por uma outra rotina artificialmente projetada e coercitivamente imposta e monitorada” (ibid., p. 36). Em outras palavras, tratava-se de forjar uma disciplina que adequasse o trabalhador ao ritmo industrial, em um momento em que os antigos vínculos comunitários se contrapunham à nova ordem florescente.

Como exemplo emblemático dessa nova conformação, o autor destaca a disciplinarização dos corpos e mentes dos trabalhadores por meio da administração científica de Taylor, surgida no início do século XX, mais tarde matizada pela escola das relações humanas, que propunham aumentar a produtividade do trabalho utilizando métodos que, sem abandonar a coerção, acionavam sobretudo estratégias de convencimento da força de trabalho. Elton Mayo, fundador dessa corrente,

apostava que nada contribuía mais para o incremento da produtividade do que os “fatores espirituais”: “uma atmosfera amigável e ‘doméstica’ no local de trabalho, a atenção dos gerentes e capatazes às variáveis disposições dos trabalhadores e o cuidado deles em explicar aos trabalhadores o significado de suas contribuições para os efeitos gerais da produção” (Bauman, 2003, p. 38).

Pode-se reconhecer nessa escola a tentativa de recriar, em termos materiais e simbólicos, os laços comunitários perdidos. Essa perspectiva acompanhou o fordismo nos seus gloriosos trinta anos, procedendo a uma síntese das ideias de Taylor e Mayo, “sacrificando o mínimo tanto da ‘organização científica’ quanto da união de tipo comunitário” (Bauman, 2003, p. 39). Buscava-se com isso forjar um sentido de comunidade alicerçado no emprego e diretamente imbricado na vida no bairro, na família, no sindicato etc.

Em “Americanismo e fordismo”, Gramsci (2000) lançou luz sobre as novas formas de sociabilização correlatas ao modelo fordista de organização do trabalho, esclarecendo como esse modelo implicava uma tessitura econômica, política e cultural que conformava técnica e eticamente os trabalhadores à sociabilidade burguesa. Nesse sentido, cunhou o conceito de Estado ampliado, incorporando a ele a sociedade civil. Baseado nesse conceito, desvendou o papel da sociedade civil no capitalismo monopolista, dando ênfase às funções exercidas pelos diversos aparelhos privados de hegemonia na disseminação pelo consenso da visão de mundo da classe dominante. Com isso, destacou a função educadora do Estado, exercida não só por meio da coerção, mas também por seus dispositivos de legitimação. Com a formulação “Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia coraçada de coerção” (Gramsci, 2000, p. 244), o autor sublinha que a sociedade civil faz parte do Estado, e se configura como o espaço da luta de classes, onde os diversos sujeitos políticos coletivos, por intermédio de seus aparelhos privados de hegemonia, disputam a direção política e cultural das formações sociais (Neves, 2005a; Fontes, 2006). Assim, “o vínculo entre sociedade civil e Estado explica como a dominação

poreja em todos os espaços sociais, educando o consenso, forjando um ser social adequado aos interesses (e valores) hegemônicos” (Fontes, 2006, p. 212).

A crise do fordismo, deflagrada nos países centrais a partir de meados da década de 1970, levou à reformulação das bases produtivas e do tipo de intervenção do Estado que ancorava esse sistema, assistindo-se, sob a inspiração do modelo japonês e com base nas tecnologias de comunicação e informação, a profundas mudanças na organização da produção, apoiadas em uma nova lógica de utilização da força de trabalho.

Associadas aos efeitos deletérios da reestruturação produtiva sobre o emprego e o mercado de trabalho, as políticas neoliberais avançaram em escala planetária, gerando para os trabalhadores um quadro de insegurança. Essas políticas se traduziram no aumento do desemprego e do trabalho terceirizado, na instabilidade dos rendimentos, em formas de contratações mais individualizadas em detrimento das contratações coletivas, no trabalho em tempo parcial, na intensificação da jornada de trabalho, na redução de direitos, na redução dos investimentos em políticas sociais, na focalização dessas políticas, enfim, na precarização generalizada das relações de trabalho.<sup>3</sup>

Diante desse estado de riscos e insegurança generalizados, Bauman destaca que o apelo ao comunitarismo surge como uma promessa de porto seguro:

A defesa da comunidade e a tentativa de restaurar sua posição negada pelos liberais dificilmente teria acontecido se não fosse pelo fato de que os arreios com os quais as coletividades atam seus membros a uma história conjunta, ao costume, linguagem e escola, ficam mais esgarçados a cada ano que passa. No estágio líquido da modernidade, só são fornecidos arreios com zíper. (2001, p. 194)

---

<sup>3</sup> A esse respeito, ver Antunes, 1999; e Mattoso, 2000, entre outros.

Os efeitos nefastos dessa política tornaram-se mais agudos sobretudo nos países periféricos, aos quais foram impostos, pelos organismos financeiros internacionais, programas de ajuste estrutural que combinaram políticas econômicas de caráter ortodoxo com programas de alívio à pobreza. Tratava-se assim, nos anos 1990, de *humanizar* a mundialização do capital, sob a inspiração de uma versão europeia do neoliberalismo sistematizada no pensamento de Giddens (ver Lima e Martins, 2005), para quem a sociedade está estruturada em três setores: o Estado, o mercado e a sociedade civil. O autor ressalta a importância de uma política estatal integrada entre esses três setores como meio de superação do neoliberalismo e da socialdemocracia clássica, o que se consolidaria em uma nova proposta para além dessas duas: a terceira via (Giddens, 1999).

Com base nessa versão atualizada do neoliberalismo, a burguesia mundial tentou formular uma saída estratégica para os impasses com que o capitalismo vinha se defrontando, sobretudo os do mercado como único regulador da economia, aspecto que, ao comprometer a estabilidade política e social, colocaria em risco a própria estrutura do sistema. O Estado de bem-estar de há muito vinha sendo responsabilizado não só pelo suposto cerceamento das liberdades individuais, como também pelo engessamento econômico que os países vinham enfrentando.

Como saída para a crise, foi proposta uma nova sociabilidade, convocando-se os diversos atores sociais, instituições privadas, organizações da sociedade civil e Estado a estabelecerem alianças em torno de objetivos comuns, cabendo ao Estado direcionar as ações e os demais atores na execução de políticas capazes de estabelecer a necessária convergência de interesses (Lima e Martins, 2005).

Vale a pena destacar, como alerta Wood (2003), o fato de o conceito de sociedade civil assim concebido servir para reduzir o sistema capitalista a uma entre tantas esferas da sociedade moderna, complexa, plural e heterogênea, e localizar a economia capitalista em meio às várias relações e práticas sociais, tomadas em equivalência, sem dis-

tinção. A autora indica também que os usos comuns mais importantes do conceito têm origem na distinção entre sociedade civil e Estado, operando como antíteses o Estado e o não Estado, o poder político e o social, que correspondem à oposição entre a coação – representada pelo Estado – e a liberdade – representada pela sociedade civil.

Nessa perspectiva, a comunidade é entendida como pertencente à sociedade civil, devendo os demais atores da política – o Estado e o mercado – fomentar ações que promovam o seu desenvolvimento, conforme se pode verificar em Giddens:

Programas de socorro à pobreza devem ser substituídos por abordagens centradas na comunidade, que permitem uma participação mais democrática além de serem mais eficazes. A formação de comunidades enfatiza as redes de apoio, o espírito de iniciativa e *o cultivo do capital social* como meio de gerar renovação econômica em bairros de baixa renda. O combate à pobreza requer uma injeção de recursos econômicos, mas aplicados para apoiar a iniciativa local. (1999, p. 120; grifos nossos)

Ressalte-se que o conceito de “capital social” vem sendo disseminado pelos organismos financeiros internacionais, que, diante do esgarçamento do tecido social provocado pelas políticas neoliberais, reconhecem a necessidade de dar uma “face humana” aos ajustes macroestruturais impostos aos países pobres. Nessa perspectiva, o capital social é considerado “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” (Lima e Martins, 2005, p. 54).

Na perspectiva desses organismos, trata-se de “habilitar setores pobres a participarem e beneficiarem-se do processo de desenvolvimento” (Motta, 2007, p. 267). Enfatiza-se o discurso da solidariedade e da colaboração entre os membros da comunidade e espera-se que,

ante a retração das políticas sociais, desenvolva-se uma cultura cívica capaz de reverter a exacerbação em escala global das desigualdades e da pobreza (ibid.).

Putnan (1996) destaca-se como um dos principais autores que vêm realçando a importância do “ativo” social para o florescimento de uma sociedade menos desigual. Ele parte da análise de que as bases primárias – política, trabalho e religião – que fortaleciam redes de confiança vêm perdendo espaço, sendo os setores menos educados da sociedade os principais afetados pela perda de coesão social. Deriva daí a necessidade de se restaurar a participação dos sujeitos, pois considera serem por demais flexíveis, pessoais e informais os novos espaços de engajamento, tais como o esporte e o lazer, e não permitirem a criação de redes de confiança. O autor ressalta a importância do desenvolvimento de ações “criativas” que promovam laços de confiabilidade e que sejam geradoras de capital social, entendido esse como a confiança, as normas e os sistemas característicos das redes de relações sociais que contribuem “para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas” sem a interferência direta do Estado (ibid., p. 177). Como alerta Francis Fukuyama (apud Motta, 2007, p. 290), diferentemente do capital humano, que pode ser desenvolvido mediante treinamentos e cursos de qualificação, o capital social penetra no senso comum dos indivíduos e depende de mecanismos culturais historicamente transmitidos.

Com a reorientação do papel do Estado nas políticas sociais, aposta-se na focalização das ações para grupos em situação de risco e em estado de pobreza, procedendo-se a um deslocamento da perspectiva universalista das políticas públicas para uma perspectiva de ações focalizadas e de caráter restrito ao âmbito local. A respeito, Montaño (2003) alerta que se repassa para a iniciativa privada serviços voltados para as camadas sociais mais favorecidas. Para os mais pobres, resta o recurso a organizações não governamentais e ao poder público, os quais, em geral, prestam serviços de baixa qualidade.



Procurar-se-á abordar a seguir a forma como essas ideias estão presentes nas políticas voltadas para a qualificação dos ACSs e como, sob a égide do neoliberalismo, transmutam-se e se ressignificam os sentidos dados à comunidade e ao Estado, considerando-se as especificidades do caso brasileiro.

## **A comunidade como mediação para transformação da sociedade**

Acredita-se que a ênfase dada ao papel dos ACSs, ora ressaltando a sua participação na comunidade, ora apostando no seu credenciamento pelo Estado, está presente desde o surgimento dos agentes de saúde, a partir de meados dos anos 1970. Note-se que, nesse momento, já havia por parte do Estado uma orientação para o desenvolvimento de ideias comunitaristas, que também ganharam corpo no país após a Segunda Guerra Mundial. No entanto, as políticas implementadas foram neutralizadas, ao menos em parte, por uma frente ampla, denominada por Coutinho (2006) de democrático-popular,<sup>4</sup> que lutava pela redemocratização do país. É nesse contexto que o movimento da medicina social vem somar-se aos movimentos populares de saúde, logrando assegurar na Constituição em 1988 a saúde como direito e dever do Estado.

Nesta seção, busca-se compreender o sentido dado à comunidade e o papel atribuído aos agentes de saúde nos governos militares e no movimento da Reforma Sanitária. Para esse efeito, elegeu-se o Projeto Montes Claros, significativo de uma política de governo que ganhou novos contornos com a participação de setores progressistas e com o engajamento das populações atendidas. Acrescente-se ainda que essa experiência, implementada no final da década de 1970, estendeu-se a

---

<sup>4</sup> Coutinho chama de democrático-popular o modelo alternativo ao neoliberalismo, a ser construído por efetivas maiorias políticas, “capazes de conduzir o país no sentido do aprofundamento de relações substantivamente democráticas” (Coutinho, 2006, p. 190).

diversas regiões do país e se tornou emblemática de uma proposta alternativa de sistema de saúde para o Brasil.

A fim de se compreender a relação orgânica entre os movimentos sociais da época e o movimento da Reforma Sanitária, coloca-se, nas páginas que se seguem, o foco na participação da Igreja Católica, por ser importante sujeito político na constituição dos agentes de saúde como atores relevantes na cena política do período. Vale dizer que por meio desses exemplos buscou-se compreender a qualificação dos agentes, empreendida, no dizer de Gramsci, pelo alto, ou seja, pelo Estado em sentido estrito, e por baixo, com base em uma maior participação da sociedade civil.

Entre meados da década de 1970 e final dos anos 1980, assiste-se no Brasil ao crescimento da sociedade civil organizada, sob o impulso da luta pela redemocratização do país. Na interpretação de Coutinho (2006, p. 167), o período caracterizou-se pela vigência da “ditadura sem hegemonia”, ou seja, uma força dominante controlava o Estado, em sentido estrito, mas o seu projeto político não tinha o consenso da sociedade. Como assinala o autor, “a contradição que atravessou a história da ditadura foi precisamente a que tem lugar entre um Estado autoritário que buscava reprimir a sociedade civil e o progressivo florescimento dessa última” (ibid.).

Na área da saúde, essa contradição se explicitou sobretudo na convergência entre vários movimentos sociais que lutavam por melhores condições de vida e de saúde da população brasileira, tendo como uma de suas principais consequências o florescimento da medicina social no ambiente acadêmico,<sup>5</sup> em uma perspectiva crítica da medicina co-

---

<sup>5</sup> Em um movimento de resistência, nasce no interior das universidades uma crítica ao sistema de saúde implantado, dando origem ao movimento da Reforma Sanitária, ou ao que se convencionou chamar de corrente médico-social. Na perspectiva crítica dessa corrente, as questões da saúde são vistas em seu aspecto mais amplo, ou seja, enfatizando-se o caráter de classe como fator principal de morbidez. Passa-se a considerar como determinantes as relações sociais e econômicas, aí incluídas as relações de trabalho, com o objetivo de conformar uma consciência política crítica e transformadora sobre os graves problemas sanitários do país (Escorel, 1999).

munitária que os governos militares implantaram no país. Do encontro entre o projeto alternativo de sociedade defendido pela medicina social e as diversas lutas geradas pelos movimentos sociais para a ampliação dos direitos no Estado, originou-se o movimento da Reforma Sanitária, que logrou assegurar na Constituição de 1988 a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Em meados da década de 1970, para dar conta da crise que afetava o setor de saúde,<sup>6</sup> ganha peso no país um novo modelo de gestão das políticas de saúde: o modelo comunitário,<sup>7</sup> para o qual o local passa a ser a principal instância de implementação. A participação da comunidade era considerada como uma forma de os setores mais pobres aproveitarem seus próprios recursos para a superação da pobreza. Estimulava-se a participação da comunidade e priorizava-se a atenção básica, considerando-se que mediante ações simples e preventivas haveria uma triagem no atendimento, com conseqüente redução de custos. Obviamente, essa reorientação visava, sobretudo, conciliar as contradições inerentes à sociedade capitalista, pois, ao mesmo tempo em que levou à diminuição dos custos do atendimento médico às populações pobres, possibilitou o desenvolvimento da medicina privada (Donnangelo e Pereira, 1976; e Escorel, 1999). Com efeito, Lima e Braga (2006) ressaltam o aparente paradoxo entre um discurso que enfatiza a atenção primária ao mesmo tempo em que, na segunda metade dos anos de 1970, ocorre a ampliação da rede hospitalar privada no Brasil.

No que se refere à formação dos trabalhadores na saúde, o poder público deu ênfase ao treinamento nos níveis elementar e técnico,

---

<sup>6</sup> Em termos mais amplos, as dificuldades do setor derivavam-se da crise do capitalismo mundial nos países centrais, que teve influência na falência do “milagre econômico” (1968-1974). Nos serviços de saúde, a crise se expressou na baixa eficácia da assistência médica, no alto custo do modelo hospitalar e na reduzida cobertura das necessidades da população (Paim, 2008).

<sup>7</sup> A proposta do modelo comunitário imbrica-se com os pressupostos da medicina preventiva, bem como com as medidas de racionalização propagadas pela Opas, com as quais se confunde, em sua origem e nas formas de divulgação (Donnangelo e Pereira, 1976; Teixeira, 1998). Porém, enquanto a medicina preventiva tinha como principal foco de mudança a formação médica, o modelo comunitário ampliou o campo de atuação do sistema de saúde, abarcando uma nova forma de prestação de serviços.

considerando que alguns serviços, antes realizados por profissionais de nível superior, deveriam ser repassados para os demais membros da comunidade (Pronko et al., 2011).

Apesar do caráter compensatório dos projetos implantados, alguns deles permitiram ao movimento da Reforma Sanitária extrapolar os muros das universidades e fortalecer os laços com outros movimentos sociais. Escorel (1999) afirma que a possibilidade de articulação entre um projeto de governo que visava ampliar a cobertura de forma simplificada e as propostas progressistas que objetivavam a transformação da sociedade deu-se, em grande medida, por causa da militância de lideranças que propunham a transformação das instituições do Estado autoritário.

Nesse sentido, o Projeto Montes Claros, implementado no estado de Minas Gerais em 1976, representou uma tentativa de concretizar uma proposta que, ao mesmo tempo em que se utilizava da máquina estatal, propunha uma forma alternativa de organização do sistema de saúde. Com o projeto, foi possível experimentar “a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular” (Escorel, 1999, p. 146).

A equipe de saúde era composta por diversos profissionais; no entanto, a figura-chave não era mais o médico, e sim o agente de saúde. Por um lado, essa era uma maneira de racionalizar o atendimento, com a contratação de uma mão de obra barata; por outro, constituía uma oportunidade para um maior entrosamento entre o movimento da medicina social e a participação popular. Nesse sentido, Escorel (1999) destaca que a opção pela contratação de trabalhadores sem maior experiência na área da saúde permitiu a abertura para novas concepções de organização do sistema. Com efeito, como destacam Lima e Braga (2006), o “profissional” leigo foi escolhido por seu potencial transformador, ou seja, por ser o elo articulador das demandas e da organização popular. Nesse sentido, o que se buscava era a sua identificação com o programa, cuja referência era o trabalho comunitário.

Em sua formulação oficial, o projeto restringia a participação comunitária à possibilidade de ampliação da cobertura. Contudo, seus executores tomaram essa orientação como uma possibilidade para a formação de uma consciência crítica nas comunidades, tendo como aporte teórico Paulo Freire. Assim, em vez dos treinamentos instrumentais relacionados a cuidados específicos, optou-se por trabalhar o conceito de saúde de forma mais ampla, com ênfase nas condições de vida da população regional, na estrutura de poder nos municípios e nos monopólios de saber, característicos da medicina (Somarriba, 1995). Nesse sentido, o treinamento dos agentes se transformou

[...] numa espécie de curso para formação de agentes “revolucionários”, para mobilizar e conscientizar o povo. Esperava-se realizar, com esses agentes, verdadeiras transformações nas relações político-sociais, levando o povo, através da discussão de temas ligados à saúde, a um grau de consciência e de organização suficiente para modificar a sua condição de vida. (Machado apud Escorel, 1999, p. 144)

Esse movimento de conscientização trouxe para o interior do projeto antagonismos entre a concepção de saúde vinculada ao projeto e a concepção da população. Enquanto o projeto privilegiava uma medicina preventiva e curativa, com a incorporação do trabalho comunitário, a população demandava o atendimento médico curativo e medicamentos nos postos de saúde. Também houve enfrentamento entre os agentes e os prefeitos locais, gerando demissões. Além disso, não raramente esses trabalhadores acabaram por estabelecer alianças com políticos locais, em detrimento dos laços que mantinham com a equipe de saúde (Escorel, 1999; Lima e Braga, 2006).

Contudo, não há como deixar de ressaltar que, a despeito dessas contradições, a principal contribuição do projeto foi dar visibilidade a uma proposta alternativa de organização dos serviços de saúde e aglutinar em torno dos seus ideais novos sujeitos políticos. Cabe acrescentar

que o Projeto Montes Claros foi incorporado ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass), implantado principalmente nos estados nordestinos em 1976. A partir daí, o processo de interiorização das ações de saúde se intensificou, inclusive sob o estímulo da Conferência de Alma-Ata, realizada pela organização Mundial de Saúde em 1978, que contribuiu decisivamente para ampliar a reflexão sobre a necessidade de formação de trabalhadores técnicos, visando intensificar a cobertura às populações não contempladas pelo sistema oficial de saúde.

Na verdade, [...] o trabalho com pessoas da comunidade no setor saúde, vinculadas tão intrinsecamente, sendo líderes comunitários, não é invenção do Ministério da Saúde, nem é do Brasil. Existem alguns antecedentes no mundo. Acho que a Conferência de Alma-Ata, com a perspectiva de saúde para todos, no ano 2000, foi determinante para que, no Brasil, essas experiências se consolidassem – existem relatos de experiências [...] da década de 1970, antes mesmo da Conferência de Alma-Ata. O agente comunitário de saúde é um trabalhador que se assemelha ao visitador sanitário que, em algum momento, existiu na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública [Fundação Sesp]. Mas é um trabalhador que vem com uma perspectiva diferente, por ser uma pessoa que se vincula à comunidade por morar nela. Alguns países tiveram essa experiência também. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

Pode-se depreender que o papel dos agentes de saúde nos projetos acima mencionados – o de Montes Claros e o Piass – era o de fazer a mediação entre as necessidades das comunidades locais e um movimento mais amplo de transformação da sociedade. Por certo, havia várias visões sobre a atuação dos agentes. Nesse sentido, Stotz (2005) afirma que havia uma identificação entre comunidade e sociedade, vale dizer, que a participação da comunidade era entendida como condição

primordial para se transformar não só o sistema de saúde, como também a própria estrutura da sociedade rumo à redemocratização.

Outro sujeito político coletivo importante na constituição dos ACSs foi a Igreja Católica, que, como destaca Fontes (2008), estimulava uma associatividade de base popular, oscilando entre um “comunitarismo” messiânico e a politização, por meio de questionamentos sobre as bases sociais da dominação que ganham corpo, principalmente, com a Teologia da Libertação.

### **Estado, Igreja Católica e mediação da comunidade**

Ao menos desde os anos 1970, as comunidades eclesiais de base (CEBs) foram uma das principais formas encontradas pela Igreja de se fazer presente na trama social, buscando, a um só tempo, uma sintonia com os desafios do mundo moderno, no sentido de atualizar a fé, e uma aproximação a determinadas demandas da classe subalterna (Sant’Anna, 2005, p. 256).

Doimo (1995) destaca o papel das pastorais da Igreja Católica no campo da saúde, nas quais a princípio se realizavam ações de cunho assistencial, inspiradas em métodos naturalistas, com a utilização de plantas medicinais, remédios caseiros etc. No entanto, como salienta a autora, o trabalho da Igreja não era homogêneo, e vai se transfigurando ao se articular com as novas experiências do movimento popular de saúde, profissionais de saúde, ativistas de esquerda, entre outros, passando a se orientar pelo discurso dos direitos à cidadania. A experiência das CEBs acabou por encorajar a auto-organização das bases e questionou a manipulação política e o paternalismo estatal (Coutinho, 2004).

Com efeito, Tereza Ramos, ex-diretora da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), narra que a sua primeira experiência como agente de saúde em Recife ocorreu com o seu engajamento na pastoral e no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco.

Selecionavam-se grupos na comunidade que, mediante breve treinamento, atuavam com mulheres gestantes, grupos de crianças e pessoas idosas com hipertensão e diabetes: “eram pessoas da comunidade. Havia o grupo técnico que nos acompanhava, com enfermeiro, médico, padre e freira. A religião era muito forte” (Ramos, 2007, p. 330).

O trabalho nas pastorais acaba ganhando maior amplitude ao se somar a várias outras experiências de saúde comunitária que se substanciam nos Encontros Nacionais em Medicina Comunitária (Enemecs). Stotz (2005) ressalta que a progressiva participação de vários atores sociais nesses encontros foi significativa da passagem da troca de experiências para uma reflexão mais crítica quanto à necessidade de uma mudança no modelo de atenção. Nesse sentido, o autor destaca que no I Enemec, realizado em 1979, a atuação dos profissionais de saúde foi majoritária; no segundo, já havia uma forte articulação com os grupos populares de saúde; e em 1981, no III Enemec, resolve-se transformá-lo em Movimento Popular de Saúde (Mops). Avança-se, dessa maneira, na luta pelo direito à saúde. Tereza Ramos, quando entrevistada para esta pesquisa, realça a importância desse movimento na formação política dos agentes:

Nós transformamos o III Enemec em movimento popular de saúde. Tiramos a palavra Enemec e passou a ser Movimento Popular de Saúde, já com a participação muito forte desses grupos de saúde das comunidades, formados por moradores das comunidades. Aquelas pessoas até então tidas como leigas na questão de saúde, passam a assumir o movimento popular de saúde. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

É interessante notar, nesse depoimento, como o engajamento político mais amplo passa a dar outro sentido à participação, relacionando o trabalho dos agentes com a luta histórica pela democratização da saúde no Brasil. De acordo com Ramos (2007), a questão da saúde



ganhou maior amplitude a partir desses encontros, sendo discutida não só como ausência de dor, mas também como uma condição de vida melhor. Passa-se de uma visão de cunho religioso para uma maior politização do movimento: “Então, no final de 1982, conseguimos acabar com a história de pastoral e misturamos todos os agentes pastorais com todos os [outros] agentes que apareceram. Podia vir do terreiro de umbanda, de onde viesse, era agente de saúde e juntávamos ali, no Movimento Popular de Saúde” (Ramos, 2007, p. 330).

O Mops vai, gradativamente, ganhando terreno no plano nacional, tendo tido importante participação na VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília, em 1986, entre os dias 17 e 21 de março, e que teve como tema central “Democracia e saúde”. A conferência pode ser considerada um dos marcos mais importantes do movimento sanitário, uma vez que logrou estabelecer os princípios políticos e conceituais do processo de transformação do campo da saúde. Esses princípios orientaram os trabalhos constituintes, culminando na incorporação ao texto constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado:

Nós tivemos uma participação muito importante – eu gostaria de destacar isso – na VIII Conferência Nacional de Saúde [...]. Foi a retomada das conferências, que até então estavam paradas [...]. Foi um dos momentos importantes do Mops [...]. A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história de saúde do país, ao menos no meu conhecimento. Lendo-se o relatório dessa conferência, pode-se verificar que 50% do que nela foi decidido tornou-se lei, está hoje na Constituição. O que nós temos de legislação de saúde – e é uma legislação bastante avançada – foi fruto da VIII Conferência Nacional de Saúde. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

O cumprimento desses princípios implicou a reorientação da política de recursos humanos, recomendando-se remuneração condigna

e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos diferentes níveis de governo; capacitação e reciclagem permanentes; admissão por meio de concurso público; estabilidade no emprego; composição multiprofissional das equipes de saúde; e “incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários” (Brasil, Ministério da Saúde, 1986, p. 19).

### **Sociedade civil, comunidade e qualificação dos ACSs na década de 1990**

Se na década anterior os movimentos sociais se haviam caracterizado por uma postura reivindicativa, cobrando do Estado uma série de direitos negados à classe trabalhadora, nos anos 1990 assiste-se à gradativa despolitização desses movimentos, que passaram a se pautar pela possibilidade de ação conjunta com o Estado (Dagnino, 2002). Buscasse analisar a seguir o redirecionamento político e ideológico sofrido pelo conceito de comunidade, que passa a ser entendido como lócus da sociedade civil, ou seja, como instância separada do Estado, bem como as implicações dessa rotação sobre a qualificação dos agentes, aí incluídas aquelas voltadas para a qualificação dos ACSs.

### **Considerações sobre o conceito de sociedade civil no Brasil de hoje**

A apropriação do conceito de sociedade civil pelo discurso neoliberal e sua reprodução de forma acrítica e banalizada é fundamental para a análise dos processos de produção do consenso nas sociedades capitalistas contemporâneas em torno das ideias que fundamentam a *nova-velha* ordem mundial. Hoje, segundo Wood (2003), frequentemente nomeia-se sociedade civil um espaço de liberdade, ainda que potencial,

dissociado do Estado e no qual, diferentemente desse, impera a autonomia, a livre associação e a pluralidade, possibilitadas pela democracia de caráter formal,<sup>8</sup> característica das sociedades ocidentais.

Assiste-se em todo o planeta, e também no Brasil, à ressignificação da concepção de sociedade civil, que passa a estar pautada nos valores de um mundo globalizado no qual as lutas de classe parecem carecer de realidade material. A sociedade civil transforma-se no terreno mítico de seres organizados segundo os mais variados interesses comuns, engajados em expandir direitos de grupo e de segmentos populacionais, especializados em demandas específicas e desvinculados de projetos coletivos.

Nesse contexto, a prática e a análise dos movimentos sociais acabaram por se distanciar da perspectiva de classe social. Deriva daí o entendimento da sociedade civil como lócus que, supostamente, expressa uma enorme variedade de demandas específicas. Por isso mesmo, essas demandas, cuja importância reside no fato não apenas de terem evidenciado questões marginalizadas nas políticas keynesianas, mas também de terem questionado uma visão economicista do marxismo, são comumente denominadas novos movimentos sociais e buscam pressionar o Estado para a incorporação de grupos contemplados de forma subordinada pelas políticas sociais e enfatizar relações de poder não diretamente ligadas às relações de produção. No Brasil, a pauta desses movimentos incluiu direitos sociais – saúde, educação, saneamento etc. – há muito conquistados nos países centrais.

Fontes (2006) assinala que esses movimentos sociais teriam procedido no país a uma identificação entre forma de governo e Estado. Assim, contrapondo-se de início ao autoritarismo dos governos militares, acabaram por se distanciar do entendimento de que um momento importante da luta popular é o da ampliação dos direitos no Estado. Ter-se-ia supervalorizado o poder da sociedade civil, desconsiderando-se

---

<sup>8</sup> Em linhas gerais, a democracia formal valoriza a maneira e a forma, e não o conteúdo da democracia, isto é, como ela se traduz na vontade da maioria.

que a mesma também constitui importante espaço de consolidação da hegemonia burguesa.

Vale a pena ressaltar que se assiste atualmente ao desmonte de direitos duramente conquistados pela classe trabalhadora. Assim, se por um lado os chamados novos movimentos sociais possibilitaram colocar em relevo demandas específicas antes postas à margem, por outro contribuíram para o esmaecimento de uma luta mais orgânica, na medida em que se desvincularam de um projeto de transformação da sociedade. Acrescente-se ainda que a crise da sociedade do bem-estar está diretamente vinculada à impossibilidade de o Estado capitalista atender universalmente às demandas sociais. Em concordância com Wood (2003), é preciso ressaltar que a ampliação da democracia no seu sentido pleno vai de encontro ao projeto do capital.

Abandona-se assim, de forma paulatina, uma visão mais ampla sobre os determinantes sociais que envolvem as contradições na sociedade capitalista e passa-se a utilizar conceitos – o de comunidade, por exemplo – como um meio para compreender a forma como os conflitos sociais afetam a vida pessoal, o tempo e o espaço no cotidiano (Chinelli e Freire-Medeiros, 2003).

## **O processo de profissionalização dos ACSs e o seu viés comunitarista**

A partir dos anos 1990, o Estado brasileiro passou por transformações advindas da crise de acumulação e reprodução do capital, que, no cenário internacional, lançou as bases para que o receituário neoliberal impregnasse a prática econômica dominante. Segundo esse ideário, as raízes das dificuldades que o capitalismo vinha enfrentando deviam-se aos excessos das intervenções do Estado na economia e ao poder dos sindicatos. Com isso, passou-se a receitar medidas que solapassem os principais pilares do Estado de bem-estar europeu e o nacional-de-

envolvimentismo que caracterizaram, em décadas anteriores, o Brasil e outros países latino-americanos.

A solução da crise estaria impondo um conjunto de reformas cujo objetivo seria o da retomada das bases de acumulação do capitalismo (Anderson, 1995). O ajuste fiscal de caráter macroestrutural foi considerado a estratégia ideal para redirecionar o Estado no sentido da redução dos recursos para áreas sociais, destinando-os de forma prioritária à expansão do capital financeiro e ao pagamento de juros e amortizações da dívida externa aos credores internacionais. Essas medidas foram acompanhadas da redução da proteção jurídica das relações de trabalho, que levou à intensificação da exploração da força de trabalho, e da redução de recursos para as políticas sociais, liberando-as para a investida maciça do setor privado.

Diante de um contexto tão desfavorável à classe trabalhadora, o projeto da Reforma Sanitária passa a ser revisto. Vários autores (Faveret Filho e Oliveira, 1990; Mendes, 1994; e Fleury, 1997, por exemplo) destacam que a orientação liberalizante e privatista se contrapôs à base legal das políticas de cunho universalista, abrindo espaço para a implantação predominante de políticas de alcance limitado e restritivas dos gastos governamentais. Mendes (1994, p. 80) afirma que, em paralelo às conquistas do movimento da Reforma Sanitária, foi se estabelecendo uma “universalização excludente”, ou seja, a expansão da universalidade do sistema veio acompanhada pela racionalização e pela queda na qualidade dos serviços públicos.

No início dos anos 1990, a universalização do SUS apresentava-se como um desafio ainda maior. Com a eleição de Fernando Collor de Mello – em cujo governo foi criado o Pnacs, como mencionado –, o projeto neoliberal tornou-se hegemônico, com o que se favoreceu o crescimento da medicina supletiva, que passou a atender à classe média e aos profissionais qualificados, ficando o subsistema público de saúde voltado principalmente para o atendimento da população de baixa renda.

A incorporação dos ACSs a esse programa trouxe à discussão a questão da sua identidade profissional. É de se ressaltar que as entidades ligadas aos trabalhadores da enfermagem – Associação Brasileira de Enfermagem, Federação Nacional dos Enfermeiros e União Nacional de Técnicos de Enfermagem – representaram importante sujeito coletivo, cuja atuação no processo foi pautada pela polêmica questão do relacionamento dos ACSs com a estrutura profissional da enfermagem. Considerando que algumas práticas desses trabalhadores podiam ser identificadas às desses profissionais, a preocupação dessas entidades nacionais era de que a incorporação dos ACSs pudesse significar o aumento do contingente de trabalhadores sem qualificação (Silva e Dalmaso, 2002b). Tudo indica, porém, que se tratou de um movimento de características corporativas, cujo objetivo, mesmo que não explícito, foi delimitar e resguardar um campo de atuação profissional. A incorporação dos ACSs poderia acarretar a desvalorização da qualificação dos enfermeiros, com a conseqüente repercussão salarial.

É possível que o viés comunitário dos agentes tenha sido mais enfatizado a partir do Pnacs, a fim de se delimitar a especificidade de sua atuação, diferenciando-os, o que permitiria a sua incorporação como trabalhador da saúde sem implicar com isso substituir ou preencher o espaço ocupado por outros grupos profissionais. Tereza Ramos compartilha dessa ideia, ao destacar que foi a partir do Pnacs que o adjetivo “comunitário” é adicionado à denominação desses agentes de saúde, de forma a ressaltar a diferença entre a atuação dos ACSs e a atuação dos agentes de endemias que integravam a Fundação Nacional de Saúde:

Com o tempo, nós começamos a ver que agente de saúde se referia ao pessoal da Fundação Nacional de Saúde, e o nosso trabalho não era igual ao do pessoal da fundação. E nós colocamos, então, a palavra “comunitário”. A palavra “comunitário” vem de 1990 para cá, quando colocamos agente comunitário de saúde. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

É possível também – aliás, bastante provável – que a ênfase na identidade comunitária dos ACSs a partir do Pnacs tenha sido acionada como forma de evitar que esses agentes estabelecessem uma relação contratual direta com o Estado, na suposição de que, como funcionários públicos, perderiam a singularidade do seu trabalho. Contudo, pode-se afirmar que a incorporação do adjetivo comunitário aos agentes de saúde é hoje acionada no contexto de políticas sociais focalizadas neles e restritivas nos gastos – inclusive porque acabam por se valer, no caso em questão, do trabalho baseado em habilidades socialmente construídas no âmbito doméstico, realizadas por mulheres mediante baixa remuneração. Esse é um procedimento frequentemente acionado pelo capital em situações de retração econômica, conforme fica claro na declaração do ex-secretário de Saúde do Ceará, doutor Carlyle Lavor, citado por Nogueira, Silva e Ramos (2000), sobre a seleção das agentes:

Sempre nas emergências se empregam os homens, mas há muitas mulheres que não têm marido, que são as donas da casa. Então sugerimos empregar 6 mil mulheres, esse era o cálculo que tínhamos feito de agentes de saúde necessários para o estado. Foram selecionadas 6 mil mulheres dentre aquelas mais pobres, escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, Igreja e representantes do estado e município. Definimos coisas muito simples e que eram muito importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar o soro oral. Assim, em quatro meses, treinamos 6 mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional. O mais importante era que fossem pessoas que a comunidade reconhecia, mulheres que merecessem o respeito da comunidade. (Apud Nogueira, Silva e Ramos, 2000, p. 4)

Nessa perspectiva, a inserção dessas mulheres no Pnacs é apresentada como forma de geração de renda para segmentos com dificuldades de competir por um posto no mercado formal de trabalho e

configura uma tentativa do poder público para manter a coesão social, possibilitando, a um só tempo, uma renda mínima aos desempregados e a redução dos agravos à saúde decorrentes da própria falta do Estado na solução desses problemas.

Com a implantação do Pnacs, o trabalho dos agentes, que até então havia sido essencialmente de caráter voluntário, passa a estar mais estruturado, demarcando-se pouco a pouco a sua especificidade e estreitando-se também o vínculo dos ACSs com as famílias atendidas. Com isso, amplia-se seu espaço de atuação. Como destaca Tereza Ramos:

O nosso trabalho na pastoral, por ser voluntário, era exclusivamente com grupos organizados por faixa etária, por problemas de saúde. Por exemplo: grupo de hipertensos, grupo de diabéticos, de gestantes, de mulheres. Como éramos voluntários, não fazíamos a visita nas casas, a não ser para visitar alguém que participasse daquele grupo e que, por exemplo, tivesse tido bebê. Fazíamos a visita aos sábados ou aos domingos, que eram nossos dias livres. No Pacs [Programa de Agentes Comunitários de Saúde] continuamos com esse trabalho, e passamos a fazer a visita domiciliar, casa a casa, mês a mês. Já tínhamos um espaço maior de conversação com as famílias. Antes conversávamos com aquele que vinha até o grupo; a partir do Pacs, conversávamos com quem estivesse em casa. Às vezes, encontrávamos só uma criança na casa, mas conversávamos com ela. Com o Pacs, a quantidade de informações passou a ser muito maior. Nós começamos a trabalhar em um ângulo muito mais amplo: divulgar, informar, orientar. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

Como ressalta Afra Suassuna, do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), se, no começo, as atribuições dos ACSs se restringiam a determinados grupos, com a ampliação da cobertura somaram-se novas demandas, que complexificaram a sua atuação.



O agente comunitário de saúde surge de uma série de fatores que confluem para identificar esse trabalhador e o que ele pode fazer. Ele trabalhou prioritariamente com esses dois grupos [refere-se ao atendimento materno-infantil]. Hoje, tem-se um trabalhador que, além desses grupos, trabalha com as prioridades da atenção básica como um todo. Ele deixou de ser aquele que faz a vigilância e, portanto, a promoção da saúde do grupo materno-infantil, para fazer uma intervenção na família. E mais do que isso: uma intervenção na comunidade. Ele participa da atividade coletiva de promoção da saúde, fazendo caminhadas com as famílias da sua área de abrangência. Trabalha numa perspectiva da atenção à saúde do idoso. Ele já tem conhecimentos do risco que envolve o fato de ser hipertenso ou diabético. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

Assim, em meio ao que se denominou de a crise da saúde dos anos 1990, a incorporação dos ACSs ao Pacs e, posteriormente, ao Programa Saúde da Família (PSF) apresentava-se como uma possibilidade de responder, ao menos em parte, ao aumento da demanda por serviços de saúde. Se durante a década de 1980 colocava-se ênfase nos determinantes sociais como principal fator da doença, a partir dos anos 1990 outras concepções teóricas ganham corpo. As análises de cunho marxista são questionadas pelas críticas às abordagens estruturalistas, que enfatizavam os aspectos econômicos, reforçadas pela derrocada do socialismo real. Nesse contexto, passa-se a apostar em novas formas de compreensão da realidade na tentativa de avançar na construção do SUS.

No que diz respeito à reconceitualização das práticas de saúde, começam a ganhar destaque aspectos que privilegiam a influência da dimensão sociocultural e psicobiológica. Novas propostas sobre a organização dos serviços são aventadas, buscando-se superar o enfoque da determinação social, restrito à estrutura produtiva, trabalhando-se a organização social da prática médica e as relações de poder nas instituições (Paim, 2008).

Autores como Merhy (2002) e Campos (2000), entre outros, passam a analisar, com perspectivas diferentes, o setor saúde como menos afeito à interferência da racionalidade capitalista, tendo por isso mesmo maior capacidade de dirimir, ao menos em parte, os efeitos das políticas econômicas nas situações de trabalho e na vida da maioria da população brasileira. Essas análises, que se preocupam com o desenvolvimento de potencialidades transformadoras nas práticas de saúde, surgem como tentativa de revisão da racionalidade gerencial hegemônica, que se traduziu de forma acrítica na organização de serviços de saúde, implicando a fragmentação do trabalho, a normatização das atividades e a impossibilidade de reconstrução dos processos de trabalho.

Na interpretação desses autores, o Programa Saúde da Família atua nesse sentido, e eles aventam a possibilidade de que esse programa seja um caminho de transição para a consolidação do SUS. Com a criação do PSF em 1994, os ACSs passam a integrar equipes de saúde compostas também por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A positividade atribuída ao programa está relacionada com o seu enfoque, advindo da crença de que ele pode romper com uma visão de saúde restrita, alargando-se o centro da atenção do indivíduo para a família, e atuar preventivamente na intervenção em saúde. A intervenção médica seria também modificada pela integração com a comunidade. Assim, em meio às políticas de cunho neoliberal, buscava-se avançar, dentro do possível, na construção do SUS.

Essas discussões no campo da saúde foram importantes por colocar em relevo a potencialidade dos sujeitos envolvidos na prática de saúde para a mudança do sistema. No entanto, passa-se, progressivamente, a secundarizar, e até mesmo a desconsiderar, os determinantes históricos que materializam essas relações, o que facilmente pode coadunar-se com as propostas neoliberais para o setor, na medida em que acaba por limitar a análise a um questionamento do indivíduo no cotidiano do trabalho, perdendo-se as múltiplas determinações que o configuram.

## O ACS como elo entre o Estado e a comunidade/sociedade civil

É de se notar que ocorreu, sobretudo durante os dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002), a radicalização da política de cortes nos gastos públicos sociais e a desresponsabilização do Estado, mediante propostas de descentralização da prestação de serviços; delegação pelo Estado de atribuições da política social a entidades civis filantrópicas, empresas e organizações não governamentais; e substituição da universalização dos direitos sociais pela concentração dos gastos públicos nas populações de baixa renda (Boito Jr., 1999).

No Brasil, o ideário neoliberal norteou a reforma do aparelho de Estado, redefinindo a sua relação com a sociedade e o mercado. Segundo o diagnóstico do Governo Fernando Henrique Cardoso, o Estado passava por diversas crises: crise do modo de intervenção e crise do modelo burocrático de gestão pública. Diante do déficit público e da necessidade de equilíbrio fiscal para captar empréstimos externos, os países periféricos se adequaram à ótica neoliberal, implantando programas e reformas necessários para se inserirem, de forma subordinada, na economia mundial globalizada.

Neves (2005b) assinala que as transformações acarretadas pela reforma do Estado foram acompanhadas de uma nova pedagogia da hegemonia por meio da qual se objetiva redefinir o padrão de politização fordista, disseminado no mundo e também no Brasil, mediante o neoliberalismo da terceira via. Para caracterizar essa reorientação dada ao modelo neoliberal, Neves analisa o pensamento de Giddens (1999), que sintetiza as orientações políticas forjadas para o alívio à pobreza.

Segundo a autora, são três os principais movimentos construídos para a obtenção do consenso em relação às políticas neoliberais. Em um primeiro movimento, busca-se fomentar um tipo de participação restrita, que, na maioria das vezes, caracteriza-se por soluções individuais, de forma a dar ênfase a novas formas de cidadania

que privilegiam o engajamento aos problemas ligados a demandas pontuais e locais. O segundo movimento tem como objetivo dismantelar ou refuncionalizar os aparelhos privados de hegemonia da classe trabalhadora, buscando forjar um novo consenso em torno da precarização do trabalho e da desregulamentação dos direitos trabalhistas. O último movimento consiste no estímulo à organização de grupos não diretamente ligados às relações de trabalho, tais como movimentos de mulheres, homossexuais, da terceira idade etc., o que levou à fragmentação, à focalização e à privatização das políticas sociais. A autora exemplifica como significativas dessas orientações “ações como projetos de autoajuda, estímulo a um conceito de cidadania restrita, ênfase em ações destinadas à valorização de demandas e espaços comunitários e locais” (ibid., p. 35-36).

Pode-se destacar como política emblemática do neoliberalismo da terceira via no Brasil o Programa Comunidade Solidária, instituído no primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1998) sob a justificativa da necessidade de promover maior “eficiência” nas políticas sociais. Implementado por meio de parcerias com a sociedade civil, orienta-se pelo princípio da solidariedade para somar esforços no combate à pobreza e à exclusão social (Silva, 2001; Neves, 2005b).

Dessa perspectiva, é possível dizer que a ideia de comunidade que nomeava o programa abarca, além de um sentido restrito relacionado às áreas de extrema pobreza onde deveriam ser realizadas as ações, um sentido ampliado que remete à sociedade como um todo, tendo como âncora a ideologia da solidariedade, exercitada pelas parcerias com os diversos setores da sociedade. Com isso, construir-se-ia o que Giddens (1999) chama de sociedade de bem-estar ou, conforme o lema do programa, a sociedade de “todos por todos”, forjando-se um discurso que encobre as lutas sociais e que se sustenta no apelo à solidariedade intragrupos.

Na formulação e nas ações implementadas pelo Comunidade Solidária, estava embutida a crítica às políticas executadas diretamente

pelo Estado. Partia-se da visão de que um Estado assistencialista não é capaz de romper com a situação de pobreza, e que lhe cabia “ensinar o povo a pescar” mediante pactos de solidariedade. Não por acaso, o foco do programa estava na geração de renda, responsabilizando a população atendida que, com a ajuda de parceiros, deveria construir formas criativas de sobrevivência (Sousa, 2001).

Foi nesse contexto que, em 1997, o Programa Saúde da Família deixou de estar restrito a determinadas regiões do país, sendo reconfigurado como estratégia voltada para a remodelação do sistema de atenção à saúde em seu conjunto, passando, por isso mesmo, a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Para os setores progressistas da sociedade brasileira, a concepção do PSF como estratégia era significativa da maior abrangência do programa, com vistas à universalização do SUS. Considerava-se a atenção básica não só como porta de entrada para os demais graus de complexidade do sistema, como também uma maneira de integrar as ações de cunho coletivo com as ações clínicas. Seria possível com isso expandir e consolidar uma visão mais ampla da saúde, o que permitiria a superação do modelo hospitalocêntrico e maior integração entre as ações dos profissionais de saúde e destes com os usuários do sistema (Matta, 2007).

A integração que o Programa Comunidade Solidária buscava desenvolver, no entanto, era de novo tipo: apostava-se na parceria e na solidariedade de todos para a construção de uma sociedade harmônica. Ao ser alçado a estratégia, o PSF passou a orientar-se pelos mesmos princípios do Comunidade Solidária: a solidariedade e a parceria como base do novo formato de gerenciamento da saúde.

Nesse contexto discursivo que conclamava ao envolvimento de todos na promoção do bem-estar coletivo, o papel dos ACSs passa a ser mais fortemente ressaltado, pois, como se destacou no decorrer do texto, os agentes, seja pelo viés da militância seja pela ação da Igreja, sempre foram valorizados por seu perfil ligado à comunidade, com a qual, por sua vez, teriam capacidade de engendrar laços de

solidariedade, transformando-se em atores-chave na consolidação de novas formas de organização do sistema de saúde.

Cabe notar que a concepção de público vai ganhando com isso um novo significado, o de “setor público não estatal”, também designado como terceiro setor, que se ocuparia em implantar políticas sociais por meio de parcerias, não importando a natureza jurídica das organizações comprometidas na sua execução. Assim, não por acaso ocorre uma enorme expansão dos seguros privados de saúde, que se beneficiam duplamente com essa política: por um lado, o subfinanciamento do SUS acaba por expulsar do sistema uma clientela potencial para esses grupos; por outro, essas empresas seguradoras são privilegiadas por financiamentos diretos e indiretos, mediante subsídios e isenções fiscais, o que acaba gerando uma crescente “cisão entre uma assistência para ricos e remediados financiados privadamente (e subsidiados pelo setor público por políticas de renúncia fiscal) por planos e seguros de saúde e uma assistência para pobres financiada por recursos fiscais, administrada dentro da lógica do SUS” (Noronha e Soares, 2001, p. 450).

Tudo isso indica que os termos “participação” e “sociedade civil” mudam substancialmente de significado, deixando de denotar “a predisposição coletiva para organizar novas formas de Estado e de comunidade política, de hegemonia e de distribuição de poder” (Nogueira, 2005, p. 57) e passam a ser a tradução “concreta da consciência benemérita dos cidadãos, dos grupos organizados, das empresas e das associações” (ibid.). É nesse contexto que ganham notoriedade as noções de voluntariado, solidariedade e responsabilidade social corporativa que despoltizam as ações e as organizações de participação e representação social. Acrescente-se que o apelo à parceria valoriza novas formas de gerenciamento que incluem a sociedade civil, configurando formas de atuação em espaços nos quais o Estado não teria condições de operar sozinho.

A ênfase dada aos ACSs no Comunidade Solidária caminha nesse sentido, como podemos depreender da fala da então secretária executiva do programa, Ana Maria Peliano:

No Comunidade Solidária nós sempre tivemos a preocupação de valorizar a figura do agente comunitário, porque víamos que era uma coisa nova, uma alternativa de atendimento da população, de sair daquele atendimento burocrático do servidor público para ser um atendimento com gente da própria comunidade, com envolvimento comunitário. (Apud Nogueira, Silva e Ramos, 2000, p. 13)

A definição do perfil dos ACSs como elo entre o Estado e a comunidade, agora entendida como instância da sociedade civil, sofreu forte influência do trabalho intitulado *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis* (Nogueira, Silva e Ramos, 2000). Morosini (2009) destaca que esses autores, por serem pesquisadores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea),<sup>9</sup> tiveram forte influência na formulação tanto do citado programa quanto das propostas de qualificação dos ACSs. Por isso mesmo, podem ser considerados intelectuais orgânicos da vertente solidarista da sociedade civil e lograram disseminar no campo da saúde o perfil social desses agentes, configurados como trabalhadores *sui generis*:

O ACS pode ser visto como um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas não restritas ao campo da saúde, ao contrário do que ocorre com outros trabalhadores do SUS. Tem um perfil social composto basicamente por sua capacidade de liderança e uma história de iniciativas na linha da ajuda solidária intracomunitária, exigência de seu processo de recrutamento, seleção e avaliação contínua. Portanto, como requisito da política que lhe deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACSs tem de ser ancorado nesse perfil social. Devido a essas características, que valem para todos os contextos de desenvolvimento econômico-social dos municípios, o ACS constitui um trabalhador *sui generis*. (Nogueira, Silva e Ramos, 2000, p. 26)

---

<sup>9</sup> O programa Comunidade Solidária contou com o apoio técnico do Ipea.

Contrários à vertente das políticas sociais que denominam utilitarista, políticas que definem como aquelas que pressupõem ter o Estado uma dívida social para com a população – o qual, por isso mesmo, no caso da saúde, deveria prover os meios necessários tanto no que diz respeito aos equipamentos e insumos quanto para proporcionar os recursos humanos necessários à promoção/prevenção da saúde – Nogueira, Silva e Ramos (2000) põem ênfase na versão solidarista do papel dos ACSs, vislumbrando um novo paradigma de política social concentrada na potencialidade solidária da sociedade civil. Segundo esses autores, os ACSs seriam o modelo de uma nova concepção de política que ainda não se teria consolidado, pois dependeria de iniciativas de solidariedade por parte das instituições.

Montaño (2003) destaca que a solidariedade no modelo fordista/keynesiano de sociedade era entendida como obrigação do Estado, o que remetia a uma atividade compulsória, necessária e exigida por leis, relacionada a valores altruístas e voluntários. Segundo o autor, na atual conformação do capitalismo, a valorização do desenvolvimento dos laços de solidariedade, particulares, voluntários e categoriais evidencia “tanto a recusa ao princípio de solidariedade baseada em direitos universais quanto a recusa da solidariedade de classe” (ibid., p. 167).

Em síntese, não é ocioso assinalar que os ACSs atuam em meio a uma contradição: são profissionais cuja função é a de serem solidários e disseminarem hábitos que visem à preservação da saúde em um ambiente marcado 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 necessidade da solidariedade dos trabalhadores com os usuários tenciona, a todo momento, o trabalho desses agentes. Por serem moradores da comunidade e terem uma relação de vizinhança com os usuários do PSF, não conseguem estabelecer um distanciamento em relação aos problemas que os cercam, os quais, ao fim e ao cabo, também os afetam. De mais a mais, são constantemente cobrados pelos usuários para a solução de problemas cuja solução está muitas vezes além da sua possibilidade de atuação.



Cabe ainda notar que o discurso da solidariedade é acionado em relação aos ACSs como uma via de mão única, isto é, no se refere à sua relação com o usuário, silenciando-se quando se trata da importância da criação de laços entre os próprios trabalhadores na luta pela consolidação da profissão e na melhoria das condições de trabalho em que se encontram inseridos.

Pode-se inferir daí que a caracterização do trabalho dos ACSs ao mesmo tempo como *sui generis* e genérico é significativa das formas contemporâneas de expropriação do trabalho e da mercantilização cada vez mais acentuada de serviços antes considerados mais protegidos da obtenção do lucro a qualquer custo, como aqueles relativos à cultura, às experiências cotidianas fora da produção etc. Se no passado a precarização do trabalho era imputada à falta de desenvolvimento do país, atualmente ela passa a ser naturalizada e concebida como a única maneira de enfrentamento dos desafios de um mundo “globalizado”.

## Referências bibliográficas

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. São Paulo: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho*. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

BAUMAN, Zygmunt. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BOITO JÚNIOR, Armando. *Política neoliberal e sindicalismo no Brasil*. São Paulo: Xamã, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO E REFORMA DO ESTADO (MARE). *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília:

Presidência da República, Câmara de Reforma do Estado, Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1995.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em: 15 dez. 2010.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill (org.). *O público não estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

CAMPOS, Gastão W. *Um método para análise de cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CHINELLI, Filippina; FREIRE-MEDEIROS, Bianca. *Três décadas de discussão sobre algumas formas de mobilização popular no Brasil*. Princeton: Princeton University—Research Project on Urbanization and Models of Development in Latin America, 2003.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Democracia e socialismo – questões de princípio e contexto brasileiro*. São Paulo, Cortez—Autores Associados, 1992.

\_\_\_\_\_. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. 2. ed. ampl. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

\_\_\_\_\_. O Estado brasileiro: gênese, crise e alternativas. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

COUTINHO, Joana Aparecida. *ONGS e políticas neoliberais no Brasil*. São Paulo, 2004. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Estudos Pós-graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

DAGNINO, Evelina. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DOIMO, Ana Maria. *A vez e a voz do popular*: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

DONNANGELO, Maria Cecília; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados*, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FLEURY, Sonia. Contra-reforma e resistência. In: ROCHA, Denise; BERNARDO, Maristela (org.). *A era FHC e o Governo Lula*: transição? Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2004.

FONTES, Virgínia. A democracia retórica: expropriação, convencimento e coerção. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde*: contradições e desafios em 20 anos do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. Sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

GIDDENS, Anthony. *A terceira via*: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da socialdemocracia. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GOMES, Paulo de Tarso. *Comunidade e cotidiano*: categorias e obstáculos à pesquisa em história da educação. In: JORNADA DO HISTEDBR, 8. *Anais...* São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 7-8 jul. 2008. Disponível em [http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer\\_histedbr/jornada/jornada8/trabalhos.html](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada8/trabalhos.html). Acesso em: 29 abr. 2011.

GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. V. 3: Maquiavel – notas sobre o Estado e a política.

\_\_\_\_\_. *Cadernos do cárcere*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. V. 2: Os intelectuais; o princípio educativo; o jornalismo.

\_\_\_\_\_; BRAGA, Ialê Falleiros. *Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz–Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006. Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/projeto/Relatorio%20Memoria.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2011.

HELLER, Agnes. *Além da justiça*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

LIMA, Kátia Regina de Souza; MARTINS, André Silva. Pressupostos, princípios e estratégias. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *Pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

MACHADO, Lucília. Qualificação do trabalho e relações sociais. In: FIDALGO, Fernando Selmar (org.). *Gestão do trabalho e formação do trabalhador*. Belo Horizonte: Movimento de Cultura Marxista, 1996.

MATTA, Gustavo Corrêa. A construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil (org.). *Estudos de politécnica e saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

MATTOSO, Jorge. *O Brasil desempregado: como foram destruídos mais de 3 milhões de empregos nos anos 90*. São Paulo: Perseu Abramo, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2003.

MOROSINI, Márcia Valéria. *A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formação em disputa nos anos 2003-2005*. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MOTTA, Vânia Cardoso da. *Da ideologia do capital humano à ideologia do capital social: as políticas de desenvolvimento do milênio e os novos mecanismos hegemônicos de educar para o conformismo*. Rio de Janeiro, 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005a.

\_\_\_\_\_ (org.). *Pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005b.

\_\_\_\_\_; PRONKO, Marcela. *O mercado do conhecimento e o conhecimento para o mercado: da formação para o trabalho complexo no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; MENDONÇA, Sonia Regina de. Capital social. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica e “universalista” e a dimensão social

“comunitarista”. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 6, n. 10, p. 91-93, 2002.

\_\_\_\_\_; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle Oliveira. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Temas para discussão, 735). Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/polrhs/Temas/td0735.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2011.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232001000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232001000200013&script=sci_arttext). Acesso em: 11 jan. 2011.

OFFE, Claus. Trabalho: uma categoria chave da sociologia? In: \_\_\_\_\_ (org.). *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

PAIM, Jairnilson. *Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PRONKO, Marcela et al. *A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011.

PUTNAN, Robert. *Comunidade e democracia*. A experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

RAMOS, Tereza. Entrevista: Tereza Ramos. *Trabalho, Educação e Saúde*, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, v. 5, n. 2, p. 329-337, 2007.

RIBEIRO, Maria Edilza; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, 2004.

SANT'ANNA, Ronaldo. Igreja Católica no Brasil de FHC e Lula da Silva: tempos modernos, sonhos antigos. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *Pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana S. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002a.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. 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*, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002b.

SILVA, Maria Ozanira da. Comunidade Solidária: contradições e debilidades do discurso. In: \_\_\_\_\_ (org.). *O Comunidade Solidária: não enfrentamento da pobreza no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOMARRIBA, Mercês. Participação e saúde: revisitando o Projeto Montes Claros. In: FLEURY, Sonia (org.). *Projeto Montes Claros – a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

SOUZA, Maria do Socorro Alves de. A representação da questão social no programa Comunidade Solidária. In: SILVA, Maria Ozanira da (org.). *O Comunidade Solidária: não enfrentamento da pobreza no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001.

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.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). *Antecedentes da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1998.

WOOD, Ellen M. *Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico*. São Paulo: Boitempo, 2003.





# A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde

Marcia Raposo Lopes  
Anna Violeta Durão  
Valéria Carvalho

## Introdução

As questões inerentes à gestão do trabalho e da educação na saúde, embora sempre mencionadas como fundamentais para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ganham maior relevância na estrutura do Ministério da Saúde (MS) apenas a partir de 2003.<sup>1</sup> Relacionam-se a essas questões discussões que envolvem desde diferentes concepções acerca da qualificação dos trabalhadores da saúde e das garantias orçamentárias para financiar a formação profissional e o aumento de salários, até disputas corporativas para circunscrever nichos do mercado de trabalho.

Contudo, no que diz respeito aos agentes comunitários de saúde (ACSs), tais discussões ganham especificidade, dado que a natureza do trabalho e o perfil exigido desse trabalhador aparecem como aspectos importantes quando se debate sua formação, seu vínculo de trabalho e a demanda por uma carreira.

Acrescente-se, ainda, que o ACS é considerado um dos atores fundamentais no processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, uma vez que a ele é atribuída a capacidade de estabelecer o elo entre a “comunidade” e os serviços de saúde, questão considerada crucial nesse processo.

---

<sup>1</sup> Ver a respeito, nesta coletânea, o artigo “Trabalho e educação na saúde: a ‘questão dos recursos humanos’”, de Monica Vieira, Filippina Chinelli e Marcia Raposo Lopes.

No entanto, percebe-se que, subjacente ao consenso em torno da capacidade de mediação do ACS, encontram-se diferentes concepções de trabalho, de educação e de saúde que configuram o duelo entre projetos societários em disputa pela concepção política que orienta o processo de trabalho no qual o ACS se insere.

Em grande medida, quando se ressalta o papel mediador do ACS, acredita-se que a sua qualificação tenderá a afastá-lo do principal atributo da sua atividade, qual seja, o de ser um trabalhador que por vivenciar e compreender a cultura local tem a possibilidade de traduzir melhor os anseios da população com a qual convive. Nesse sentido, não caberia definir o seu perfil ocupacional, pois o seu fazer é imanente à sua inserção social. Já a visão que enfatiza a necessidade de o ACS se tornar um trabalhador vinculado ao poder público agrega a esse vínculo a construção de um perfil técnico que corresponde a um cargo nas suas estruturas organizacionais.

Assim, este capítulo trata do processo de qualificação dos ACSs, problematizando as concepções de trabalho e educação que lhe são subjacentes com base nas entrevistas realizadas no âmbito da pesquisa de que se ocupa este livro.<sup>2</sup> Na medida em que as atividades desenvolvidas por esses trabalhadores estão inseridas no âmbito das ações de atenção básica em saúde, considera-se necessário problematizar inicialmente as diferentes concepções que permeiam tais ações.

## **Concepções e disputas na reorientação do modelo de atenção à saúde**

Segundo Paim (1986), a saúde depende da forma como a sociedade organiza seu modo de produção, ou seja: “A saúde, independentemente de qualquer definição idealista que lhe possa ser atribuída, é produto de condições objetivas de existência. Resulta das condições de

---

<sup>2</sup> Ver a respeito a introdução desta coletânea.

vida – biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho” (ibid., p. 46).

Com base nesse autor, entende-se aqui que a saúde é produzida na totalidade que constitui o modo de produção da existência social. Para tanto, parte-se da análise da relação entre trabalho e teleologia desenvolvida por Marx (1996), que, ao se referir ao processo de trabalho e ao trabalhador, ressalta:

Atuando assim sobre a natureza externa, modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza [...]. Ele [o trabalhador] não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. (Ibid., p. 202)

Nesse sentido, o trabalho é compreendido como processo dirigido por determinado projeto que tem como base o atendimento de determinadas necessidades sociais. Considerando-se que em nossa sociedade as relações sociais resultam da luta entre as classes sociais, compreende-se que existe uma disputa permanente pela direção desse processo.

A produção da saúde apresenta-se e se constitui como expressão histórica dessas tensões e disputas, das quais derivam duas concepções de saúde distintas: a que a concebe como mercadoria, como reprodutora da mercadoria força de trabalho e como mecanismo de distensionamento/conformação social; e outra, para a qual a saúde é considerada um direito que deve ser garantido a todos os seres humanos, não se restringindo à ausência de doença, e sim dizendo respeito à garantia de condições de vida plena em todas as suas dimensões.<sup>3</sup>

Compreende-se que da luta permanente mediante a qual se desenvolvem as relações sociais emergem não apenas a configuração

---

<sup>3</sup> A respeito, ver Arouca, 2003.

hegemônica da forma como o Estado conduz o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde e das conquistas e avanços baseados na concepção da saúde como direito humano, mas também os obstáculos e limites colocados para alcançar tal direito. É esse processo que orienta os diferentes modelos de atenção à saúde e configura as ações da atenção básica em saúde.

Vários autores (Fausto e Matta, 2007; Matta e Morosini, 2009b; Cueto, 2004, entre outros) recuperam historicamente a constituição da atenção primária à saúde (APS),<sup>4</sup> mostrando que suas distintas concepções foram produzidas pelos aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais que permearam (e permeiam) as práticas e finalidades do sistema de saúde. Eles localizam o surgimento da ideia de atenção primária no debate acerca da necessidade de constituição de um sistema de saúde hierarquizado, baseado na integralidade e com maior capacidade de resolutividade, como exposto no *Relatório Dawson*,<sup>5</sup> elaborado pelo governo inglês na década de 1920.

Cueto (2004) levanta alguns aspectos que marcaram a trajetória de constituição da APS, entre os quais destaca a crise vivida pelos Estados Unidos no final dos anos 1960, a crítica à abordagem vertical da saúde e a falta de ênfase na prevenção de doenças; as pesquisas que analisaram as experiências de trabalhadores auxiliares nas ações médicas em alguns países periféricos; a experiência, também em países periféricos, dos médicos missionários da Christian Medical Commission, baseada na intervenção em comunidades e no treinamento de agentes de saúde de aldeias; a expansão e o sucesso da experiência dos médicos dos “pés descalços” na China comunista, experiência que contava com a participação de trabalhadores de saúde que moravam nas aldeias e cujo trabalho baseava-se na prevenção, em vez de em serviços curativos; o processo de descolônização dos países africanos; e os movimentos antiimperialistas.

---

<sup>4</sup> No Brasil, utiliza-se a expressão “atenção básica” em referência à atenção primária à saúde com a intenção de se contrapor à atenção primária seletiva.

<sup>5</sup> O *Relatório Dawson* é considerado um dos primeiros documentos a consolidar discussões sobre políticas públicas de saúde pautadas na criação de sistemas de saúde nacionais.

Mello et al. (2009, p. 206) destacam que a Christian Medical Commission, após apresentar várias experiências em saúde básica para a Organização Mundial de Saúde (OMS), foi convidada, em 1974, para formalizar sua colaboração nas discussões sobre APS. De acordo com os autores, em 1975 a expressão “atenção primária à saúde” foi incorporada aos documentos da OMS, que definiam a APS como um projeto de desenvolvimento social com base comunitária. Mello et al. (2009) ressaltam, entretanto, que até então ainda não estava clara, por exemplo, a diferença entre a APS e os serviços básicos de saúde (SBS). Foi apenas na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, que se consolidou a base conceitual da APS.

A concepção de APS integral formulada e defendida nessa conferência baseou-se no conceito ampliado de saúde, considerada direito humano fundamental; na participação e no controle sociais dos sistemas de saúde; na concepção de que a realização de medidas sanitárias e sociais para garantir a saúde dos povos é dever dos governos; e na necessidade de sistemas de saúde universais. Daí derivou a compreensão de cuidados primários como primeiro momento de um processo de assistência à saúde continuado e baseado na intersetorialidade e na concepção de que tais cuidados “refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública” (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Todavia, Fausto e Matta (2007) destacam que, desde Alma-Ata, já estava presente uma tensão entre as concepções integral e seletiva de APS, essa última defendida na conferência “Saúde da população e desenvolvimento”, realizada em Bellagio, Itália, em 1979. Segundo Cueto (2004), John H. Knowles, presidente da Fundação Rockefeller, foi o inspirador e patrocinador da conferência, que contou com a participação do presidente do Banco Mundial, do vice-presidente da Fundação Ford e de representantes do Fundo das Nações Unidas para a Infância

(Unicef), do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Internacional do Canadá e da Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (Usaid), entre outras organizações internacionais. Nesse evento, defendeu-se uma concepção de APS

[...] baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza. Esses programas, difundidos principalmente por organismos internacionais em países pobres, propuseram o uso de recursos de baixa densidade tecnológica, sem interface direta com os demais recursos em saúde. (Fausto e Matta, 2007, p. 50)

As disputas em torno da concepção de APS colocadas no cenário internacional ficaram mais evidentes no Brasil pelas propostas dos Programas de Extensão de Cobertura (PECs), formulados pelo Governo Geisel (1975-1979), e pelas lutas dos movimentos sociais pela saúde – entre eles, o movimento sanitário –, que culminaram na proposta da Reforma Sanitária brasileira. Engajado na luta contra o regime autoritário, esse movimento lutava ao mesmo tempo contra a dualidade do sistema de saúde, caracterizado pelo predomínio de serviços especializados com altíssimos custos acessíveis somente à elite e pela oferta de serviços de baixa cobertura e péssima qualidade para os pobres, excluindo a maioria da população da atenção, deixando-a desprovida do atendimento de suas necessidades de saúde.

Paim (2009) revela que um estudo censurado na época da V Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em agosto de 1975, descrevia o sistema de saúde brasileiro naquela década como insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente e ineficaz. Os PECs, alicerçados nos fundamentos político-ideológicos dos Estados Unidos para a APS seletiva, foram a resposta do governo para enfrentar a eclosão, durante a década de 1970, da crise sanitária que evidenciou o limite do modelo biomédico. Essa crise vinha sendo gestada pelas

ensões sociais geradas pelas péssimas condições de vida da maioria da população, ambas agravadas pelo autoritarismo instalado no país.

Cabe destacar que, ao mesmo tempo em que o governo pautava sua resposta às demandas de melhores condições de saúde por parte da população, formulando programas baseados na concepção da APS seletiva, os movimentos sociais de saúde, trabalhando nas “brechas” geradas pelo reformismo autoritário do Governo Geisel, buscavam renovar a medicina comunitária (Stotz, 2005).

A participação comunitária, que era vista como uma forma de apoiar os programas e incentivar a população mais carente a aproveitar os seus próprios recursos, a fim de se integrar ao processo de desenvolvimento econômico, é ressignificada pelos movimentos sociais de saúde, dirigidos por setores progressistas da Igreja Católica e pelos comunistas (Silva e Dalmaso, 2002; Stotz, 2005).

Esses movimentos, baseados no princípio da participação social, buscavam refletir sobre os problemas de saúde das populações pobres; as condições coletivas de carência dos bairros; as causas que geravam essas condições; e a percepção da necessidade de discussão e atuação sobre os determinantes sociais da saúde, visando mobilizar a comunidade e, nesse processo, fortalecer a conscientização e a luta pelo direito à saúde. Como exemplo, destaca-se o movimento de saúde da Zona Leste de São Paulo do início dos anos de 1970. Sader (1988) analisa esse movimento, mostrando a transformação que ocorre sua concepção, antes centrada na caridade cristã, para uma concepção centrada na reivindicação dos direitos.

Esses movimentos fortaleceram e ampliaram a necessidade de mudanças no modelo de atenção e foram os embriões da reivindicação pela reorientação do modelo de atenção calcado nos princípios da APS integral:

A evolução do processo entre 1979 e 1981 vai da troca de experiências à reflexão sobre a necessidade de lutar por mudanças no modelo de assistência à saúde. [...] O trabalho de

mobilização e organização popular, estruturado por uma aliança entre os profissionais e técnicos da saúde e as lideranças e os ativistas populares, faz avançar a luta pelo direito à saúde, afirmada em tentativas de organizar os serviços de modo alternativo que questionam o modelo vigente de atenção à saúde. São contribuições fundamentais ao processo da Reforma Sanitária, que se inicia na VIII Conferência Nacional de Saúde e culmina na Constituinte. (Stotz, 2005, p. 23)

Nesse contexto, o processo de reorientação do modelo de atenção pautou-se no conceito da APS integral, no atendimento das necessidades das classes populares e dos setores progressistas, expressas nas lutas por melhores condições de saúde, na garantia dessas condições como direitos de todos e dever do Estado e na constituição do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, concorda-se que, “na medida em que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação dos movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, é possível afirmar que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro” (Paim, 2009, p. 40). Por isso mesmo, Matta e Morosini (2009a) destacam que a designação atenção básica à saúde (ABS), adotada, no Brasil, em lugar da designação APS, objetiva enfatizar a reorientação do modelo assistencial com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

As lutas dos movimentos sociais pela saúde no Brasil, na opinião de Fausto e Matta (2007), diferentemente de outros países da América Latina, conseguiram garantir legalmente políticas sociais de cunho universal, redistributivo e inclusivo. Todavia, esses autores indicam ter estado presente durante toda a década de 1980 e na década de 1990 a tensão entre a concepção seletiva e a concepção integral de APS, e concluem que, nessa disputa, as concepções de atenção primária seletiva foram favorecidas, em conformidade com as orientações dos organismos internacionais. Na opinião de Rizzotto (2000), a Estratégia Saúde da Família (ESF) expressa essas orientações.



Considerando esse olhar mais amplo acerca das diferentes concepções sobre a atenção primária, empreende-se a seguir a análise das distintas compreensões sobre a natureza do trabalho e o perfil social dos ACSs, objeto dessa pesquisa, e suas implicações no processo de qualificação desses trabalhadores.

## **A natureza do trabalho dos ACSs**

Nas entrevistas realizadas, a importância do ACS como elo entre os serviços de saúde e a população foi continuamente ressaltada, além da preocupação com a ruptura desse elo, aspectos que aparecem como um dos eixos fundamentais da discussão da política. Nela parece ser quase unanimidade que, seguindo a proposta da ESF, o papel dos ACSs seria de articulação/tradução/elos entre a comunidade e os serviços de saúde e/ou o Estado. O trabalho dos ACSs se valorizaria, portanto, em virtude de seu cunho relacional, construído com base em algumas ações técnicas prescritas nos manuais e na legislação pertinente, tendo como pano de fundo o compartilhamento dos códigos culturais locais:

[...] esse é um trabalhador que se assemelha [...] ao visitador sanitário, que em algum momento existiu na Fundação SESP [Fundação Serviço Especial de Saúde Pública], mas é um trabalhador que vem numa outra perspectiva, de ser uma pessoa que se vincula à comunidade por morar nela. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

O trabalho de ir ao encontro da população, de o agente ser uma pessoa que está naquele grupo e, portanto, compreende a vida, as necessidades daquele grupo, e é capaz de traduzir isso, para mim é, realmente, uma base muito preciosa. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005)

[...] um ACS é o Estado nas casas, o Estado na comunidade. Querendo ou não, é isso que ocorre. Esse profissional leva o conhecimento, leva informações, leva produção, leva assistência para dentro da casa, ou seja, ele se comunica diretamente com a comunidade. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Uma das entrevistadas problematiza, inclusive, o excesso de competências e de ações propostas para esse profissional, ressaltando que, em alguns casos, ele acaba perdendo o seu perfil social:

[...] ele [o agente comunitário de saúde] não é apenas o elo, passa a ser o duelo: o cara que coleta dados, o cara que tira a pressão; a bem da verdade, ele começa a fazer várias coisas. Outra coisa que eu acho que tem de ficar claro também, [...] em alguns lugares a função do agente comunitário de saúde era uma função muito mais técnica do que propriamente política. (Célia Pierantoni, diretora do Deges/SGTES/MS de 2005 a 2006)

Entretanto, está presente também outro perfil para esse trabalhador que o define como um agente local que se juntaria à equipe de saúde para ajudar a prover as necessidades de saúde singulares de sua localidade. Nesse caso, evidentemente, ele não teria um contorno profissional fixo: esse variaria conforme as regiões.

É preciso ressaltar que toda essa congruência no tocante à função do trabalhador ACS se desfaz quando se aprofunda a discussão sobre o seu trabalho. Parece que a função de elo, que o coloca entre dois polos distintos, acaba por produzir diferentes entendimentos sobre a sua atuação, o seu lugar como trabalhador e as suas relações com os usuários e com os serviços de saúde e o Estado.

Com sua integração à equipe de saúde justificada pela suposta dificuldade que os profissionais dos serviços públicos de saúde têm de se

relacionar mais proximamente com a população, o ACS é caracterizado essencialmente pelo atributo de fazer parte da comunidade de usuários, de ser iguais ao público-alvo do serviço de saúde, tendo, inicialmente, apenas que saber ler e escrever, ser maior de 18 anos e possuir “pendor à solidariedade”.<sup>6</sup> Assim, embora apontado como parte da equipe multiprofissional da ESF e tendo atribuições no interior dela (atribuições que, por sinal, crescem continuamente), o ACS não é visto como um trabalhador da saúde por alguns dos entrevistados.

Evidentemente, nessa argumentação se enfatiza a identidade dos ACSs com a população atendida como a qualificação essencial para o exercício da atividade, representando para alguns de nossos interlocutores uma condição cuja modificação resultaria na transformação desse trabalhador:

Eu não vejo o agente como um profissional de saúde no sentido estrito. Eu o vejo como um profissional da comunidade, porque exerce seu trabalho a partir dos serviços de saúde. Eu acho que isso é fundamental. É por isso, inclusive, que ele consegue fazer esse grande papel de articular, porque não se pode reduzir o papel do agente de saúde apenas a um papel técnico de fazer coisas até do cuidado primário, não é isso. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

Agora, criou-se uma carreira, um itinerário, e ele vai virar técnico. Ele virou um profissional de saúde como qualquer outro, e como qualquer outro vai ter, a meu ver, os mesmos problemas. Eu acho um equívoco. Acho que o ACS no futuro, pelo o que se leva a crer, vai mudar bastante, vai ficar mais qualificado, porém mais distante da comunidade e muito mais reivindicativo. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

---

<sup>6</sup> Ver a respeito, nesta coletânea, o artigo “Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação”, de Anna Violeta Durão, Márcia Valéria Morosini e Valéria Carvalho.

Maria Luiza Jaeger, entretanto, declara sua posição contrária a esse entendimento, enfatizando que o próprio fato de trabalhar como agente de saúde já coloca esse trabalhador em situação diferenciada da população, não invalidando, contudo, seu papel na equipe de saúde:

[...] ele [o ACS] já é separado, se ele é esse agente, se ele é o cara que entra, ele já tem um poder diferente, existe um poder de trabalhador da saúde que está dado. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Afra Suassuna, ao se manifestar sobre a formação técnica, também não corrobora essa posição:

[...] esse trabalhador [ACS], no nosso entender, não deveria estar fora desse processo [de formação técnica], em que pese alguns céticos afirmarem que essa formação distanciará o agente comunitário de saúde desse papel de articulador, porque sendo técnico ficaria mais distante da comunidade. Eu não acredito nisso. Eu acho que se entendemos onde estamos inseridos como trabalhadores e qual é o nosso papel no sistema, quanto mais estudarmos, mais poderemos nos aproximar, e não nos distanciar. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

Silva e Dalmaso (2002) destacam dois componentes ou dimensões principais da atuação deste trabalhador: um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento a indivíduos e famílias, ao monitoramento de grupos ou de problemas específicos e à intervenção/orientação para a prevenção de agravos; e outro mais político, englobando a inserção da saúde no contexto geral de vida, incluindo-se aí, evidentemente, a discussão desse contexto e a organização da comunidade no sentido de transformá-lo. Esse componente político, segundo as autoras, expressaria

duas expectativas complementares: o agente como elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde e de discussão com a comunidade dos problemas de saúde; e o agente como fomentador da organização da comunidade para a cidadania, em uma dimensão de transformação social.

A incorporação dessas duas facetas no cotidiano do trabalho do ACS produziria um dilema, dado que, em geral, há enorme dificuldade em realizar a síntese delas. No dia a dia, os agentes fazem opções em virtude de suas referências, das cobranças e das recompensas oferecidas em cada contexto em que se desenvolve a ESF.

Entretanto, considerando o entendimento de que a função específica do ACS é a de se constituir em elo entre a comunidade e os serviços de saúde/Estado, parece que essas duas dimensões não poderiam configurar-se separadamente, sendo justamente sua junção o propósito e a singularidade do trabalho dos agentes. O monitoramento das questões de saúde da população e a intervenção técnica visando à prevenção de agravos precisam ser redimensionados de modo a se tornarem justamente os espaços em que se repensam as necessidades de saúde, com base nos contextos e nas condições de vida dos sujeitos, no sentido de produzir ações de transformação que não podem ser puramente biomédicas.

De qualquer maneira, mesmo entendendo que as duas dimensões do trabalho não podem ser construídas separadamente, exprimem-se aí dois polos distintos a que os ACSs deveriam “servir”: de um lado, à determinação fechada das ações que eles devem cumprir na ESF, atravessada por um discurso técnico-científico que prescreve formas de vida saudáveis, que conforma “corpos dóceis”; de outro, a proximidade e a inserção no cotidiano de vida, construído em meio a condições quase sempre extremamente precárias, que, com frequência, insistem em não se encaixar nas prescrições.

A mediação entre esses dois polos acaba por suscitar, nesse trabalhador, visões contraditórias que atravessam as falas dos entrevistados.

Embora todos o reconheçam como um trabalhador que responde a demandas importantes para o funcionamento do SUS – e, portanto, para a política pública de saúde –, percebe-se, por vezes, a idealização de um papel comunitário transformador, constituído de forma desvinculada de seu lugar nessa política.<sup>7</sup>

Entretanto, ao se considerar a proposta de participação social do Sistema Único de Saúde, a diferenciação entre estes dois polos se desfaz. Uma análise sobre o trabalho prescrito para esse trabalhador deixa clara a sua vinculação efetiva ao SUS e o seu papel fundamental na construção de uma atenção à saúde cuja pretensão é justamente incluir a população.

Essas questões são normatizadas, atualmente, pela lei nº 11.350, de outubro de 2006 (Brasil, 2006a). Segundo essa lei, que regulamenta a profissão dos ACSs, esse trabalhador tem como atribuição “o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal” (Brasil, 2006a).

A função exercida pelos ACSs estaria eminentemente ligada às políticas públicas de saúde, embora sendo diferente daquela exercida pela maior parte dos profissionais de saúde, por não estar diretamente relacionada com a assistência. Além disso, em tese, seu desafio é justamente o desenvolvimento de ações que propiciem a materialização das diretrizes do SUS, considerando-se uma nova concepção de saúde que acolhe os determinantes sociais do adoecimento. São essas as seguintes atividades desse profissional, como definidas pelo parágrafo único, do artigo 30, dessa lei:

I – a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

---

<sup>7</sup> Sobre o uso ideológico do conceito de comunidade no campo da saúde ver, nesta coletânea, o artigo “Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação”, de Anna Violeta Durão, Márcia Valéria Morosini e Valéria Carvalho.

II – a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III – o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV – o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V – a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI – a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (Brasil, 2006a)

Embora não se possa negar certa especificidade nas atividades propostas – a intenção evidente de produção de conhecimento sobre os usuários, que vai além dos limites do corpo físico e envolve seu contexto sociocultural, e o claro propósito de construir ações que não se pautem na assistência –, pode-se perceber que muitas delas são construídas primordialmente do ponto de vista do sistema de saúde e da busca de conhecimento para a implantação e o controle de políticas públicas. O polo comunidade aparece para ser conhecido, educado e monitorado. Em apenas uma das atividades – o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde –, percebe-se o interesse na construção de uma relação diferenciada com os usuários e sua cultura na estruturação das práticas de saúde.

Em sua portaria nº 648, de 28 de março de 2006, sobre a política de atenção básica, o MS define as seguintes atribuições para os ACSs:

I – desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS [unidade básica de saúde], considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II – trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III – estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV – cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V – orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI – desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII – acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;

VIII – cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACSs em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a portaria nº 44/GM,<sup>8</sup> de 3 de janeiro de 2002. (Brasil, 2006b)

Embora com algumas especificidades, a definição das atividades dos ACSs é muito semelhante ao prescrito na lei nº 11.350/2006.<sup>9</sup> Ressalte-se nesse documento, em especial, o inciso I, que torna mais claro o papel desse profissional de buscar a integração entre equipe de saúde/população adstrita.

De qualquer maneira, as atribuições dos agentes constroem-se fundamentalmente com base na política pública de saúde, por meio da

---

<sup>8</sup> A portaria nº 44/GM define atribuições específicas para os agentes comunitários de saúde no tocante à prevenção e ao controle da malária e da dengue.

<sup>9</sup> Deve-se notar que o trabalho com clientela adscrita, embora não prescrito na lei nº 11.350/2006, é ponto fundamental da proposta da ESF.



qual são definidas as necessidades de atenção, as situações de risco e as atividades educativas; portanto, os agentes comunitários de saúde não podem ser entendidos como trabalhadores desvinculados das políticas sociais do Estado – o que não os descompromete da população pela qual são responsáveis. A diferença reside no fato de que o ACS não é mais, como quando ainda era denominado agente de saúde, um braço do movimento popular na luta pela garantia do direito à saúde. Embora com atribuições semelhantes, ele passa a ter uma nova inserção no campo da saúde, com base na qual a sua atuação se desloca, com efeitos interessantes no que diz respeito à possibilidade de maior dedicação e envolvimento, mas que transforma seu vínculo com a população e, de certa maneira, redireciona a sua prática. O polo comunidade não é, de forma alguma, abandonado. Ele é continuamente requisitado como fundamental para a construção do SUS. Porém o olhar sobre ele ganha uma dimensão diferenciada, que precisa ser reconhecida e problematizada – ele se desenha referenciado pelas políticas sociais do Estado.

## **O processo de qualificação dos ACSs**

Para analisar o trabalho dos ACSs e sua inserção como trabalhadores do SUS, é fundamental discutir o processo de qualificação desse trabalhador, problematizando o modo de produção de saúde que se quer construir.

Entende-se o conceito de qualificação na sua articulação histórico-concreta, o que não envolve a apreensão da essência do que é trabalho qualificado ou desqualificado – na medida em que esse se constitui como um campo de disputas –, e sim implica o desvelamento do processo e do produto decorrente da relação social que o próprio trabalho engendra. Nessa perspectiva, a qualificação 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). Assim tomada, a análise da qualificação implica a consideração da profissionalização, a formação e o reconhecimento social do trabalhador. Evidentemente, esses aspectos não podem ser entendidos separadamente. Entretanto, para um melhor desenvolvimento das considerações apresentadas a seguir, o primeiro e o segundo aspectos, incluindo-se o terceiro como parte deles – posto que o escopo da pesquisa de que trata este artigo não permitiria uma análise mais detalhada desse ponto – serão tomados separadamente.

### **Profissionalização e relações de trabalho**

Inserido oficialmente como trabalhador no SUS em 1991, com a implementação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), o ACS vem ocupando de forma crescente um espaço estratégico nas políticas públicas no Brasil, bem como ampliando continuamente sua atuação na atenção à saúde tanto em termos quantitativos quanto qualitativos. Contudo, a precarização das relações de trabalho marcou as políticas de trabalho no SUS nos anos 1990, quando esse trabalhador passou a integrar o sistema. Assim, apesar da importância que os ACSs ganharam, sobretudo no contexto da atenção básica, disseminaram-se no período a prática das contratações temporárias sem direitos trabalhistas e o trabalho terceirizado mal remunerado. Nesse contexto, a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (lei complementar nº 101), em 4 de maio de 2000, que estabelece limites para os gastos com pessoal nas três esferas de governo, ampliou ainda mais as contratações instáveis e de baixo custo, em especial para esse trabalhador, cujo número de postos de trabalho cresce continuamente.

Considerando esse quadro e a forma como os agentes se inserem no sistema, Em decorrência da necessidade de um trabalho de “natureza” comunitária, mesmo em uma conjuntura política na qual se de-

fende a construção de políticas de despreciação e valorização do trabalho no SUS, existem muitas divergências relativas ao reconhecimento de sua atividade como uma profissão e, mais especificamente, como uma *profissão da saúde*. E isso se reflete nas discussões que envolvem a sua inserção efetiva como servidor do SUS.

Sobre esse tema, alguns dos entrevistados consideram que o trabalho do ACS, ao não envolver uma área de conhecimento e um saber específicos, não deveria ser considerado uma profissão:

[...] os agentes comunitários de saúde, antes de qualquer coisa, não são profissionais de saúde e nem trabalhadores de saúde. Eles são pessoas da comunidade com uma carga que eu chamo de mais antropológica, de conhecimento da realidade da comunidade. Têm um estoque de conhecimento profundo da realidade local e traduzem de forma mais clara para o sistema de saúde o que a população necessita, precisa ou sofre do ponto de vista de acometimento. [...] Eu temo que esse profissional perca a caracterização dele quando passa a ser um profissional com formação em saúde [...]. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Célia Pierantoni entende que o trabalho do ACS deveria estar ligado aos movimentos sociais, e afirma:

Não é que [...] eu não seja a favor de que as pessoas tenham a sua situação profissional regularizada; mas, para os propósitos do Programa Saúde da Família, para a manutenção de um elo com a sociedade, em vez de uma pessoa profissionalizada para ser esse elo, seria mais interessante, para a construção social do Brasil, que essa pessoa estivesse ligada mesmo aos movimentos sociais. (Célia Pierantoni, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2005 a 2006)

Entretanto, acompanhando os estudos de Dubar (2005), Vieira (2007) e Franzoi (2003), entre outros, pode-se entender como profissão a atividade de trabalho em sentido lato, e não no sentido estrito de profissão “sábia”, que requer formação teórica e prolongada. Nesse sentido, considera-se que a noção de profissão envolve:

a) correspondência entre a posição ocupada no mercado de trabalho e os conhecimentos adquiridos na esfera da formação (que pode se realizar no próprio trabalho); b) reconhecimento da validade desses dois elementos – conhecimento e valor social dos serviços – por parte da sociedade, através da inserção desse indivíduo no mercado de trabalho. (Franzoi, 2003, p. 66)

Ao contratar os agentes – que hoje, em muitos casos, não têm qualquer vínculo com movimentos sociais organizados –, e dar-lhes uma função normatizada pelas unidades de saúde, a política de saúde institui o campo de atuação de um trabalhador e configura uma demanda por determinado serviço, que gradualmente ganha legitimação social. Embora o conhecimento da cultura local, característica principal de sua qualificação, tenha sido construído no cotidiano de sua vida, esse conhecimento é legitimado para garantir a inserção no mercado de trabalho. Além disso, ainda que tenha acesso quase sempre apenas a pequenos cursos fragmentados, o ACS constrói, mediante a sua prática, um saber, uma *expertise* que o orienta no cotidiano do trabalho e que subjaz à sua resposta tanto às demandas das diretrizes das políticas públicas quanto às da equipe e dos usuários.<sup>10</sup>

A profissionalização desses trabalhadores é um processo que vem sendo construído, portanto, concomitantemente à instituição e ao for-

---

<sup>10</sup> Por exemplo, no campo das diretrizes das políticas públicas, desenvolvimento de atividades como cadastramento: preenchimento das fichas específicas do Programa Saúde da Família: manuseio do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab); construção de técnicas de aproximação de usuários pouco receptivos; constituição de listagem de instituições locais que respondem a necessidades correntes da população etc.

talecimento do Pacs, do PSF e da ESF como políticas públicas de saúde. Ignorar esse processo, negando o reconhecimento profissional ao ACS, não faz dele um representante mais autêntico da comunidade, e sim retira dele um importante lugar de reconhecimento social, que não só favorece a luta por sua inserção efetiva no sistema de saúde e por melhores salários, como também impulsiona a construção de uma identidade profissional, de um lugar na equipe de saúde, qualificando o seu trabalho nas unidades de saúde da família.

Rose Marie Inojosa mostra, com base em seu trabalho com os ACSs em São Paulo, como esses trabalhadores aprenderam e se fortaleceram a partir da experiência no trabalho, destacando a importância de sua estabilidade nas USFs:

Mas o agente veio se modificando. Acho que, no início, ele realmente tinha olhos pouco informados para a sua própria realidade. Eu penso que hoje ele tem olhos muito informados. Vem vindo num crescendo. Toda vez que nós temos encontros com os agentes, percebemos que o nível de organização e o nível de informação continua crescendo, apesar de haver lugares onde existe uma grande mudança [refere-se à rotatividade dos trabalhadores]. Então, isso se perde. Mas em lugares onde há maior estabilidade – e isso não significa concurso público –, mas onde há um contrato, e onde realmente as pessoas ficam por mais tempo, o agente tem oportunidade de crescer como profissional. Parece-me que isso pode fazer muita diferença. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005)

Considera-se que, colado ao reconhecimento social da utilidade de uma determinada atividade e do conhecimento nela embutido que caracterizariam uma profissão, está o reconhecimento de ambos pelo trabalhador que é deles portador. Vale lembrar que o reconhecimento tanto por parte da sociedade quanto pelo indivíduo envolve de forma articulada aspectos objetivos – por exemplo, a satisfação com o salário e

com os direitos provenientes da posição – e aspectos subjetivos – como gostar de desempenhar a atividade (Franzoi, 2003). Nesse sentido, a discussão sobre a qualificação ganha ainda maior importância, visto que questões como vínculo de trabalho e salário não podem ser ignoradas e se apresentam como ingredientes fundamentais do processo.

Entre os entrevistados, percebe-se novamente a divergência de posições. Alguns deles acreditam que o ACS não deve ter um vínculo de estatutário como outros profissionais de saúde, nem tampouco uma carreira. Embora, todos defendam a desprecarização dos ACSs, entendendo esse processo como garantia dos direitos trabalhistas, muitos deles defendem a não inclusão desse trabalhador como servidor público efetivo. Além disso, manifestam inquietação com a criação de um percurso profissional constituído como carreira e com a oferta de um salário maior para a categoria, acionando como justificativas a escassez de recursos e a Lei de Responsabilidade Fiscal. Entretanto, a preocupação com uma possível desvinculação do agente da sua comunidade, seguindo a ideia de que a sua qualificação o destituiria da principal característica de seu trabalho, permanece como um dos pontos centrais da argumentação dos entrevistados. Sobre isso, afirma Júlio Müller:

[...] no dia que em que ele [o ACS] se transformar num servidor de saúde, do sistema apenas, [...] acredito que nós corremos o sério risco de perder esse grande trabalho que os agentes fazem hoje no Brasil, no SUS. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

A entrevista de Rose Marie Inojosa também mostra as mesmas inquietações:

Mas eu pessoalmente não acredito que o caminho, especialmente para o agente de saúde, seja o concurso público. Acho

que não é, porque o ACS é um agente híbrido, é um agente tanto do setor público quanto da comunidade e não pode ser simplesmente um funcionário público de carreira, concursado. Independentemente disso, também penso que é bastante interessante que o ACS possa ter oportunidade de ser servidor público se quiser ingressar em outras carreiras, como técnico de enfermagem etc. Ele deve ter essa oportunidade, mas como agente, ele não deveria ser servidor, do meu ponto de vista. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005)

Maria Luiza Jaeger, entretanto, não concorda com essa justificativa. Retomando a fala anteriormente transcrita, ela comenta esse discurso, comum a alguns gestores:

É também um pouco essa coisa assim: “Ah, porque o sujeito vai se sentir importante naquele lugar. Ele vai se separar dessa coisa de ser o sujeito que é da comunidade.” Eu digo: “Gente, ele já é separado, se ele é esse agente, o cara que entra, ele já tem um poder diferente, existe um poder de trabalhador da saúde que está dado.” Então, não é por aí a justificativa. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Afra Suassuna também não entende dessa forma a questão, afirmando:

[...] acho que nós somos servidores públicos quando a gente está envolvido com as questões, e o agente de saúde não deveria diferir em nada disso. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

Vale acrescentar aqui que ela não desconsidera a necessidade de o ACS residir na área de sua atuação:

A minha preocupação diz respeito à perda de vínculo do agente comunitário de saúde na realização do concurso público, de ele ser da área em que reside, da sua comunidade, o que o concurso público não permite. Os concursos públicos são universais. Isso não garantiria um dos aspectos fundamentais do trabalho do ACS, que é exatamente esse vínculo com a sua comunidade. Até entendo que dessa forma ele é uma agente transformador da sua própria vida e da vida das pessoas – seus familiares, seus amigos, enfim. Para isso era necessário mudar a Constituição. E foi mudada. Acho que isso foi um ganho da gestão do Sistema Único de Saúde, desses trabalhadores que brigaram muito por isso. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

Ressalte-se aqui a importância da emenda constitucional nº 51, que abre uma exceção no processo seletivo dos ACSs, permitindo que se faça concurso público cuja única exigência, no caso desse trabalhador, é o local de moradia. A conquista dessa emenda em 2006 legitima a luta dos agentes para serem efetivados, sem perderem sua especificidade de moradores da comunidade local.

## **A formação técnica no falso duelo entre a comunidade e o Estado**

A análise das entrevistas mostrou, de um lado, que quando se identifica a atividade dos agentes com o seu local de moradia, acaba-se por objetivar suas habilidades, naturalizando-se o seu fazer, ao mesmo tempo em que se subjetiva a sua capacidade de crescimento profissional. De outro lado, mostrou a aposta na formação técnica dos agentes como possibilidade de melhora na qualidade dos serviços e de construção de uma carreira no SUS.

Nesse sentido, é objetivo deste item analisar, para além da dicotomia entre formação técnica e saber da comunidade, algumas questões



que emergem da relação entre esses dois polos. Simone Machado, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), esclarece como essa questão foi colocada na discussão sobre a formação dos agentes na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES):

Colocou-se que se fizéssemos a formação técnica para o agente comunitário de saúde se perderia aquilo que é a natureza do agente: uma pessoa que não tem uma formação específica e que tem um vínculo com a comunidade. Um dos argumentos colocados era o de que nós iríamos formatar a profissão com base numa formação, e aí ele passaria a ser um agente comunitário, que seria muito mais outra categoria profissional do SUS, do que o agente comunitário em si, que foi a base e o nascimento da proposição do agente comunitário. (Simone Machado, coordenadora de Ações Técnicas do Deges/SGTES/MS de 2003 a 2005)

### **A objetivação da comunidade em contraposição à formação**

Um dos principais objetivos da ESF é romper com o modelo hospitalocêntrico, buscando avançar na integralidade do sistema. Assim, os ACSs passam a ser considerados como os trabalhadores que possuem maior potencialidade para gerar espaços de intercessão entre o Estado e a população atendida. Nesse sentido, entre os profissionais ligados ao PSF, acentuou-se o fato de que o trabalho do ACS é o que mais se distancia de uma visão médico centrada, característica da biomedicina:

Tínhamos na saúde – não só no Brasil – alguns conceitos como “Fique distante do usuário do sistema”, “Fique distante da comunidade”. Eu ouvi isso na minha formação: “Se você se envolver, não vai conseguir resolver os problemas de saúde.” E em todas as capacitações que fazemos para o agente ou para os profissionais da atenção básica, hoje mais especificamente para o Programa Saúde da Família, dizemos exatamente

o contrário: “Aproxime-se da comunidade, esteja próximo dela, envolva-se com ela, porque é dessa forma que você vai contribuir na resolução dos problemas da comunidade.” (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

A entrevistada faz referência a um momento da formação profissional em saúde caracterizado por uma concepção tecnicista relacionada ao paradigma positivista/biomédico. Nessa concepção, que marcou a formação da medicina na modernidade, o trabalho dos técnicos em saúde submetia-se ao cumprimento de normas e procedimentos capitaneados pelos médicos. Apostava-se na racionalidade científica como princípio de organização da assistência, cuidando-se para que as interações subjetivas não “comprometessem” o trabalho. Desconsideravam-se, com isso, aspectos importantes do cuidado, como a escuta, o desenvolvimento da autonomia, o afeto etc. Acrescente-se ainda que, no Brasil, o sistema de saúde implantado excluía a maior parte da população.

Assim, quando se tratou de reverter o modelo de atenção com o Programa Saúde da Família, colocou-se ênfase no envolvimento comunitário, de modo a minimizar as consequências do afastamento da população que o modelo hospitalocêntrico produzira. Contudo, no contexto que se seguiu à reconfiguração do Estado brasileiro, ao mesmo tempo em que se vislumbrava a possibilidade de o PSF ser uma estratégia de remodelação da assistência, a perspectiva de uma formação técnica para os agentes trouxe consigo o risco de reprodução do modelo biomédico ainda hegemônico na área da saúde. Como argumenta Rose Marie Inojosa, ao refletir sobre a forma como o programa está se configurando:

[...] esse programa, desenhado com agentes concursados que vão fazer uma carreira e com formação técnica, é um programa diferente do Programa Saúde da Família tal como foi concebido. [...] Quando se desenha esse programa desse jeito, vê-se que ele é um programa diferente e que tem outra dinâmica.

Uma dinâmica muito mais favorável à velha maneira da saúde de trabalhar, de ter as suas caixinhas, esse monte de controles, essa produção infernal, que reproduz a doença. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005)

A valorização do trabalho dos ACSs estaria, então, no seu diferencial de possuírem um saber tácito, construído por meio de habilidades decorrentes da vida. É interessante notar os dois elos opostos do Programa Saúde da Família: de um lado, há profissionais dos quais se exige uma formação escolar prévia (médicos, enfermeiros e demais membros da equipe) e que são criticados por seu afastamento dos problemas cotidianos dos usuários; de outro, investe-se em um profissional cuja formação o distanciaria da sua própria identidade. Maria Helena Machado afirma que o que identifica um agente comunitário é o fato de ele ser da comunidade, e não a sua formação. Nessa perspectiva, os agentes estão incumbidos principalmente do fortalecimento dos espaços de interseção com os usuários. Note-se que, dessa forma, a dicotomia formação técnica *versus* saber comunitário passa também a estar presente na composição da equipe do PSF, uma vez que aos agentes cabem principalmente os aspectos subjetivos do trabalho e aos demais profissionais, o trabalho mais especializado. Assim, uma das principais habilidades do agente de saúde é a de compreender a cultura local onde mora e atua:

Essa é a riqueza: ele é daquele lugar. Ele deixa de ser agente quando sai daquele lugar, mas ele é daquele lugar, tem a teia de relações. Isso é o mais precioso do agente, e ele não pode ser isso se não for uma pessoa da comunidade. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005)

O pertencimento à comunidade é, então, a essência desse trabalhador, e sua identidade profissional estaria relacionada ao seu local de moradia. Haveria, portanto, uma subjetividade constitutiva dos

agentes, que estariam propensos à generosidade, à compreensão das dificuldades locais, à constante disponibilidade de escuta dos problemas dos usuários etc. Assim, qualquer movimento constituinte do sujeito, seja a possibilidade de obter maior conhecimento, mediante a formação técnica, seja a possibilidade de ascender socialmente, significaria a perda da sua essência. Birman (2008), analisando os processos de identificação das populações faveladas pelos discursos governamentais, destaca existir a suposição de que esses territórios têm uma cultura específica no interior da cidade. A autora esclarece que não se trata de destacar se essas especificidades culturais são falsas ou verdadeiras, e sim discutir as políticas de identificação e seus efeitos, ou seja, entender as relações de poder que se estabelecem entre os discursos orientadores da política e a população-alvo que se deseja atingir.

Acredita-se que a naturalização do trabalho dos ACSs está intimamente relacionada ao fato desses profissionais serem em sua grande maioria mulheres e de sua ocupação requerer habilidades que foram socialmente construídas, na divisão social do trabalho, fora do âmbito do emprego, tais como os cuidados com recém-nascidos, o aleitamento materno, entre outras. Há, portanto, uma política de identificação que estabelece *a priori* uma determinada orientação para o trabalho dos agentes. Assim, como nos alerta Kergoat (1987), as habilidades vistas como próprias da socialização feminina são comumente tomadas como inerentes aos sujeitos e, nesse sentido, circunscritas ao campo do trabalho simples. Analisando a inserção das mulheres nas indústrias, a autora sinaliza que atributos como destreza, minúcia, rapidez etc. são vistos como inatos e, por isso mesmo, não são reconhecidos pelos empregadores. Nos discursos que enfatizam o pertencimento dos agentes à comunidade, percebe-se a valorização desses atributos, negando-se a possibilidade de uma formação técnica que implique maior crescimento profissional.

Ao circunscrever a habilidade do ACS à inserção no local de moradia, acaba-se ideologizando o conceito de comunidade, na medida

em que o afasta das situações concretas que permeiam a sua relação de trabalho. Considera-se que o que confere ou não os laços de pertencimento ao local, são as experiências concretas de vida/trabalho que permeiam o fazer dos agentes. Birman (2008), analisando a utilização da noção de comunidade pelos próprios moradores das favelas do Rio de Janeiro, sinaliza que o termo apresenta conotação positiva quando remete às relações face a face, construídas entre os habitantes do lugar, pois é permeado por uma densidade afetiva ligada às experiências de vida dos moradores. No entanto, sublinha que nem por isso os moradores aceitam sem ambiguidade a utilização do termo. Nesse sentido, a proximidade dos agentes com os usuários é construída na luta diária, fortemente marcada pela pobreza e pela exclusão dos direitos sociais – condição compartilhada tanto por esses profissionais quanto por grande parte da população brasileira. Como destaca Tereza Ramos, o “ser da comunidade” engloba o ônus e o bônus dessa relação:

O agente comunitário está inserido na comunidade, trabalhando exatamente onde ele mora. Ele usufrui todas as coisas boas que existam na comunidade. Mas ele também é herdeiro das coisas ruins por morar ali. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

Na percepção da entrevistada, a formação dos agentes, longe de separá-los do envolvimento com a comunidade, permitiria a eles maior compreensão acerca do seu trabalho, bem como ampliaria a capacidade de luta para a garantia dos direitos trabalhistas:

O fato de se ter, dentro da comunidade, uma pessoa que esteja capacitada para responder às ansiedades da comunidade é um fator importantíssimo para mudarmos a cara da saúde nos aspectos do saneamento, da limpeza urbana, da mudança de costume, de hábitos. É importante por isso. É importante para o agente como pessoa, porque, profissionalmente, ele tem a

possibilidade tanto de prestar um serviço de melhor qualidade quanto de brigar por seus direitos enquanto trabalhador qualificado. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

Enfim, quando se evoca a comunidade, inclusive para nomear os agentes, o que está implícito é a evocação da sua condição de pertencerem à mesma classe social dos moradores de determinada área, na qual a privação dos direitos sociais lhes dá identidade. Cuche (1999) sinaliza que, ao se trabalhar com a noção de identidade social, opera-se, a um só tempo, com mecanismos de inclusão e de exclusão, pois se acaba por construir processos identificatórios que distinguem determinado grupo dos demais. Nesse sentido, como bem salienta Simone Machado em sua entrevista, a formação dos agentes, quando pensada em relação com a dos demais profissionais da saúde, é perpassada por uma distinção entre o “nós” e o “eles”, ou seja, quando se pensa nos demais profissionais da equipe do PSF não se questiona a necessidade de formação. No entanto, no que diz respeito aos agentes, desconsidera-se essa questão, secundarizando-se a importância do trabalho desse profissional no âmbito da Estratégia Saúde da Família:

Ninguém quer deitar em um leito de hospital e ter na sua frente um técnico de enfermagem desqualificado. Todo mundo quer um técnico de enfermagem qualificado. Eu acho que, em relação ao ACS, não há no senso comum das pessoas essa percepção da importância que esse trabalhador tem para o próprio sistema [de saúde]. [...] Acho que é um distanciamento de quem pensa essas questões da realidade mesmo do que é ser ACS, do lugar que ele ocupa, do trabalho que ele desempenha, daquilo que ele faz no seu cotidiano de atividades e de ações. Acho que as pessoas não se preocupam com isso, não conseguem dimensionar isso para fazer um debate do quanto a formação desses ACSs é importante do ponto de vista da execução do seu trabalho. [...] Deve passar até por aí, de que ele é um trabalhador secundário. Porque ninguém vai falar isso de outras categorias profissionais. [...] [Não há

discussão sobre a formação] do ACS porque a função que ele desempenha é muito elementar, muito simples. Ele só fala das pessoas. Ele só é o elo, como nós falamos. Então, fazemos um aperfeiçoamento profissional, capacitamos esse agente e ele vai conseguir desenvolver isso superbem. Para que vai fazer essa outra discussão? A avaliação que eu faço é que quem pensa dessa forma, e é capaz de escrever uma legislação nesse sentido, não tem a dimensão do trabalho que o ACS desenvolve. Não sabe o quanto isso é significativo, nem sabe o quanto isso tem implicações na qualidade da atenção à saúde, [...] enfim, na melhoria da saúde da população. (Simone Machado, coordenadora de Ações Técnicas do Deges/SGTES/MS de 2003 a 2005)

Ainda que a fragmentação contemporânea venha gerando crescente distanciamento entre os grupos sociais, não será segregando o papel dos agentes a uma determinada “comunidade” que se lhes possibilitará a abertura de caminhos intercessores com os usuários. Acredita-se que uma formação não estritamente ligada à técnica poderia permitir a apreensão crítica da realidade na qual os ACSs estão inseridos, possibilitando-lhes vislumbrar estratégias de luta por uma melhora efetiva nas suas condições de trabalho e de vida, bem como da população junto da qual atua.

Sobre esse aspecto, acredita-se que a formação ampliada dos agentes traz a possibilidade de se potencializar o seu papel de mediador, uma vez que poderá proporcionar o estabelecimento de relações menos verticalizadas com os demais profissionais da equipe do PSF, tendo-se em mente que a construção de espaços intercessores com os usuários deveria ser atributo de todos. Como ressalta Ricardo Ceccim, refletindo sobre o papel dos agentes e da equipe:

[...] eu acho que o agente comunitário não é suprimível. Ele responde pelo lugar de pobreza, de periferia, mas poderia também estar em um lugar central, e em um lugar de trabalho

elitizado. Nos dois lugares, ele pode estar suprimindo a falta de compromisso dos profissionais existentes. Também pode não estar suprimindo a falta de profissionais existentes, mas sim contribuindo e alargando a resposta desses profissionais. *Se ele é membro da equipe, ele discute o caso junto, com igualdade. Ele não é suprimível também, por melhor qualificação do trabalho. Há lugares em que ele é dispensado da reunião de equipe. Nesses, eu suspeito que o trabalhador, trabalhando melhor não precisaria estar lá.* (Ricardo Ceccim, diretor do Deges/SGTES/MS de 2003 a 2005; grifos nossos)

Quando se considera o PSF como uma possibilidade de transformação da realidade e, conseqüentemente, como um caminho de transição para um sistema único de saúde de fato inclusivo, há que pensar em uma estratégia que não seja apenas centrada no usuário, mas sim no trabalhador. Com isso, sublinha-se a necessidade de serem levados em conta os espaços intercessores entre os agentes, os usuários e a equipe técnica, considerando-se que todos são trabalhadores.

Cabe destacar que, sobretudo nos grandes centros urbanos, configura-se atualmente um grande desafio para a ESF, qual seja o da dificuldade de se construir um espaço de reflexão sobre o trabalho da equipe e sua relação com os determinantes sociais que envolvem a vida dos usuários. Com isso, busca-se sublinhar a importância da criação de laços entre os próprios trabalhadores na luta pela consolidação da profissão e pela melhoria das condições de trabalho, visto que, apesar da proximidade de moradia entre os agentes de determinada equipe, são raros os momentos de troca e reflexão sobre a situação de trabalho em que estão inseridos e sobre as estratégias de resistência e de luta para superá-la. Considera-se que a formação técnica, em um sentido mais amplo, permitirá aos agentes não só um questionamento da própria realidade, como também os potencializará para o estabelecimento de uma interação mais crítica com os demais membros da equipe. Dessa forma, abre-se a possibilidade de construção de um projeto em comum e se trazem para o centro da análise não só as questões



que envolvem o cotidiano do trabalho, mas também os próprios determinantes que criam relações de poder na equipe e na sociedade. Enfim, essa possibilidade permite-nos pensar uma sociedade menos desigual, possibilitando uma perspectiva comum sobre a necessidade da universalização e da qualificação da atenção.

### A formação como uma opção subjetiva

*O agente se capacitar e sair significa um movimento individual importante, de qualificação pessoal, mas não de carreira: é aí que nós às vezes tínhamos dificuldade, porque quando dizíamos que achávamos problemas nessa proposta, muitas vezes as pessoas achavam que estávamos impedindo a possibilidade de ele [o ACS] evoluir. Mas ele não é um técnico, e acho que não deve ser. É um agente comunitário, uma pessoa da comunidade. Se abriremos horizontes profissionais para os ACSs, vai ser ótimo, mas eles irão para outro lugar, serão substituídos por outra pessoa que tenha aquele perfil comunitário. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005; grifos nossos)*

Verifica-se na fala dessa entrevistada uma imagem idealizada do que deveria ser o PSF e o papel dos agentes nele. Contrapondo-se a essa argumentação, Tereza Ramos esclarece:

A partir do momento em que você tem a qualificação, em que presta um serviço qualificado, você deve ser remunerado como trabalhador qualificado. [...] Qual é a importância para o Estado? O que o Estado deixa de ver? Eu me aborreço porque o Estado não vê que, quanto mais prestarmos um serviço de qualidade na comunidade, quanto mais eu tiver qualificação para prestar meu serviço, mais vou evitar a aglomeração no hospital e [...] fica muito mais barato o cuidado na comunidade do que o cuidado no hospital. Se temos hoje hospitais lotados – sobra demanda e não há profissionais para atender –,

isso acontece porque lá na ponta não estamos tendo o apoio devido, a qualificação devida, o estímulo devido. Se tivéssemos isso, faríamos nosso trabalho com muito mais qualidade, diminuindo esse sufoco dentro dos hospitais (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

Os depoimentos acima revelam outra dimensão em disputa na formação dos ACSs, qual seja a da impossibilidade desse trabalhador ascender socialmente como um profissional da saúde, a respeito da qual se configuram dois tipos de discursos complementares. O primeiro, como já foi abordado, sublinha que a formação afasta o ACS da perspectiva que deu origem ao Programa Saúde da Família. Nesse sentido, não se nega a possibilidade de uma futura qualificação, mas sim uma formação que os credencie como ACSs, o que abre a possibilidade de salários mais dignos, vínculos trabalhistas estáveis etc.

Vale lembrar que um dos motivos da incorporação dos ACSs ao Pacs em 1991, em um momento em que se postulava a retração do Estado na implementação direta das políticas sociais, foi a possibilidade de ampliação da cobertura do sistema de saúde, com a utilização de cuidados mais simples e mão de obra barata recrutada no próprio local de moradia, ao mesmo tempo em que se promovia a criação de postos de trabalho para a população empobrecida (Morosini, 2009).

No entanto, não foram dimensionadas as implicações que a incorporação desses trabalhadores podia acarretar para o próprio Estado em sentido estrito, pois ela se torna uma ferramenta a mais na luta da categoria para assegurar uma carreira. Ao se pontuar esse aspecto, pretende-se destacar a relação dialética entre as políticas e as lutas por melhores condições de trabalho, pois esses trabalhadores não foram só formados pelo Estado, mas foram se formando no decorrer dos embates políticos no processo de sua profissionalização. Essas implicações tornaram-se sobremaneira evidentes no momento de criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2003, quando se fez sentir a pressão da luta que os agentes empreenderam no

sentido da desprecarização do seu trabalho, como ressalta Maria Helena Machado:

Eu sei que eles querem piso salarial acho que próximo de mil e duzentos reais [...] e redução da jornada de trabalho; e querem insalubridade também. Então, criar uma profissão significa prerrogativa monopolista: dizer quem eles são, a formação deles, onde e de onde vão nascer esses profissionais, e quais são os direitos que eles vão ter. Eles vão acumular um monte de coisa! E aí, “tome” processo em cima das secretarias, porque esse pessoal – de fato, isso é uma realidade – convive com comunidades carentes demais, onde há muita violência e, às vezes, severos problemas de saúde, que podem levá-los a contrair doenças. [...] Então, eu diria que o jeito pelo qual foram criados os ACSs foi irresponsável por parte do Estado. Eu acho que a Reforma Sanitária tem uma culpa enorme, porque não pensamos qual seria o elo que iríamos ter com a comunidade. A Reforma Sanitária é muito de gabinete, muito de estrutura, é como o sistema, o financiamento... [...]. Tem duas coisas com as quais eles se preocuparam muito pouco: como seria o nosso elo com a comunidade e com aqueles que produzem o serviço, ou seja, os trabalhadores. Isso aí eles deixaram de lado, porque isso dá muito trabalho. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

O depoimento acima expressa bem os conflitos gerados na luta pelo reconhecimento da profissão de ACS no interior do aparato de Estado. A promulgação da lei nº 10.507, de julho de 2002, ao criar a profissão, exigiu desdobramentos no sentido da formação dos agentes, assim como tornou mais agudos os problemas relativos à gestão do trabalho dos ACSs. Nesse sentido, pode-se citar o papel do Ministério Público do Trabalho (MPT), que passou a questionar a forma de seleção e de contratação desses trabalhadores, exigindo providências dos gestores da saúde, com a ameaça de suspensão do repasse de recursos e outras medidas coercitivas. A participação dos ACSs também

foi importante nesse processo, pois atuaram ao lado do Poder Executivo, particularmente no âmbito do Ministério da Saúde, assim como do Poder Legislativo, realizando intenso trabalho de convencimento dos parlamentares pela aprovação dos projetos de lei que visavam à regulação do trabalho dos ACSs, como nos esclarece Maria Luiza Jaeger:

Na realidade, acho que naquele momento eles eram em torno de 150 mil trabalhadores que já tinham se organizado. Já havia uma divisão no movimento sindical, na organização deles: uma parte mais ligada à Federação dos Agentes Comunitários de Saúde, e alguns sindicatos ligados à CUT. Havia grande concorrência por essa base pesada de trabalhadores. É muita gente. Acho que há um ator fundamental nesse processo, tanto da regulamentação da profissão quanto da exigência de que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais definissem, afinal, quais eram as atribuições dos ACSs e como seria a sua formação. Isso é uma fala que vai aparecer o tempo inteiro por parte deles, e que, na negociação, chega-se à questão da formação técnica por itinerário, como já havíamos feito com o técnico e o agente na área de saúde bucal. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Diante do impasse que se colocava, visto que a incorporação dos agentes significaria o aumento dos gastos públicos,<sup>11</sup> foram aventadas outras possibilidades de contratação e de formação, que colocaram em xeque a necessidade da formação técnica dos agentes, bem como o seu vínculo direto com o Estado.

A discussão sobre formação e carreira vem se acentuando por causa das transformações ocorridas no mundo do trabalho, com destaque para a passagem do modelo das qualificações para o das competências, em correlação com a implantação do modelo de produção flexível e as políticas neoliberais. Nas últimas décadas, vêm ganhando força, tanto

---

<sup>11</sup> Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2009), existiam naquele ano mais de 229 mil agentes comunitários de saúde em todo o Brasil.

na sociologia do trabalho quanto na sociologia da educação, noções como competência e empregabilidade, que enfatizam a estreita ligação entre uma melhor formação e a capacidade de se manter empregado, reeditando-se, sob nova roupagem, a teoria do capital humano.<sup>12</sup> Críticos desse processo (Frigotto, 1998; Rodrigues, 1997; e Machado, 1999) vêm assinalando a análise em círculo que a utilização ideológica dessas noções acarreta, pois passa a se responsabilizar o próprio indivíduo pelo seu sucesso ou fracasso no que se refere à obtenção/manutenção de um posto de trabalho. Nesse contexto, a carreira não seria mais vista como um percurso estável, cabendo ao próprio sujeito traçar o seu itinerário profissional, agregando competências construídas não só na escola, mas também ao longo da vida, nas mais diversas modalidades de educação (continuada, permanente, informal etc.).

Ao que tudo indica, quando se reforça a ideia da necessidade de formação profissional do trabalhador, mas não especificamente como ACS, passa-se a conceber o agente de saúde como um profissional transitório/flexível, sendo ele próprio responsável pela sua formação e ascensão social. No entanto, a pesquisa revelou que os agentes possuem pouca possibilidade de mobilidade social e vivem as inseguranças crônicas da perda do emprego e da precarização das relações de trabalho. Vale lembrar que, diferentemente de outros profissionais, esses trabalhadores não têm valor no mercado, considerando-se que não existem mercados alternativos de trabalho que possam absorvê-los:

Ele fica porque está vinculado à comunidade e, portanto, não tem essa rotatividade inerente, porque atua dentro da comunidade. Ele mora na comunidade, também não sai porque não tem demanda de valores mais altos de salário. Não há disputa por ele no mercado, não existe outro local para ele trabalhar. E não se pode esquecer que o Brasil ainda vive, apesar de ter

---

<sup>12</sup> O conceito de capital humano, elaborado de forma mais sistemática por Theodoro Schultz em 1973, destaca que o investimento em educação está diretamente relacionado ao crescimento econômico da nação ou do indivíduo, e as diferenças de desenvolvimento entre os países, bem como entre as pessoas, passam a ser compreendidas pelo maior ou menor grau de investimento nesse fator (Frigotto, 2009).

melhorado bem, com um índice de desemprego alto. [...] Tudo isso junto faz que o ACS não tenha essa rotatividade. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Quando se retira a possibilidade de a formação ser constitutiva da construção de uma carreira, acaba-se por desresponsabilizar o Estado de estabelecer uma formação que dê corpo ao coletivo de trabalho, bastando proporcionar cursos de pequena duração, na modalidade de educação continuada, para atender demandas específicas. Com efeito, até 2005, a formação dos ACSs embora incluísse um breve curso de caráter introdutório, desenvolveu-se basicamente no cotidiano dos serviços, sob a supervisão de um enfermeiro, e mediante vários projetos de educação em serviço que envolviam pequenos cursos práticos e treinamentos. Esses cursos não possuíam organicidade: estavam pulverizados em diversas ações que não eram significativas de uma política mais ampla de governo. Nesse sentido, a formação técnica desse profissional constitui-se, entre outros aspectos, como um caminho de luta para assegurar sua identidade como profissional, pois ter um certificado de nível técnico representa a possibilidade de padronização e objetivação da sua capacidade de trabalho.

Enfim, considera-se que a formação abre caminho para a desprecarização do trabalho. Como ressalta Tereza Ramos, ex-diretora da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde:

Nós queríamos um curso de seis meses, queríamos um certificado que dissesse que “Tereza é Agente Comunitário de Saúde”, para, em qualquer lugar do país em que eu chegasse, ser reconhecida como ACS. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

A mesma entrevistada, em aula inaugural proferida na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), esclareceu

melhor esse aspecto, ao destacar que, durante o seu itinerário profissional, somaram-se em seu currículo inúmeros cursos, fomentados pelo Estado, que variavam conforme a incidência de doenças que atingiam a população em determinados períodos. Apesar disso, nenhum deles assegurava a sua identidade profissional, nenhum a credenciava como uma agente comunitária da saúde – ou seja, como profissional da área da saúde. A certificação de cursos via educação continuada está pautada em uma lógica pontual/individual e não implica uma melhoria para o conjunto dos trabalhadores ou para o seu efetivo reconhecimento. Com efeito, o destaque atual de que desfruta o conceito de educação continuada é pautado, na maioria das vezes, pela necessidade de os trabalhadores acompanharem as transformações do mercado de trabalho, agregando ao seu itinerário profissional cursos que supostamente facilitam a sua permanência no mercado. Nesse sentido, embora vários desses cursos possam ser significativos para o processo laboral, não representam uma aquisição coletiva e crítica de habilidades técnicas e de disposições objetivas e subjetivas capazes de ampliar a capacidade de mobilização e luta política.

Vale lembrar a relação entre o discurso que coloca ênfase no pertencimento dos agentes à comunidade e o que ressalta a possibilidade de formação como uma escolha individual, pois ao mesmo tempo em que as habilidades dos agentes são objetivadas como inerentes ao seu pertencimento a determinado local de moradia, subjetivam-se as condições para o seu crescimento profissional, a sua identidade e o reconhecimento social de seu trabalho.

Em seminário recente,<sup>13</sup> uma agente de saúde traduziu como essa questão perpassa o cotidiano do trabalho, ao retratar a maneira como muitas vezes a formação é compreendida pelos demais membros da equipe: “Vocês não vão querer ser agentes para a vida toda, vocês estão

---

<sup>13</sup> Seminário “Luta pelo reconhecimento e pela regulação do trabalho do ACS no contexto nacional e da legislação vigente”, realizado em 2009 pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), em conjunto com a Associação Municipal de Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro (Amacs).

agentes”. Note-se que, dessa perspectiva, o trabalho dos agentes é visto como precarizado e de baixa complexidade, pesando ainda mais sobre os seus ombros a responsabilidade de sua formação. Isso significa que esses trabalhadores são pressionados por uma relação de exploração no trabalho, como também, ao menos por enquanto, pela suposição de que a sua formação se dá como uma escolha voluntária. Cabe, portanto, o alerta que faz Cuche (1999) ao destacar que as relações de dominação e estigmatização podem levar à construção de uma identidade negativa, em que pese à rede de pertencimento desses trabalhadores nos seus locais de moradia e o reconhecimento a eles atribuído, tanto pelos usuários quanto pelas políticas de saúde.

Aparentemente, a qualificação dos ACSs opera com uma lógica binária, na qual o deslocamento para um dos polos se traduziria em um maior/menor poder desses trabalhadores. Quando se positivava a “comunidade” para ressaltar o poder dos agentes no local em que atuam, acabava-se por idealizar um projeto passado como modelo para o presente. Nesse sentido, evoca-se um ideal da Reforma Sanitária, descontextualizando o processo histórico de sua configuração. Imputa-se aos agentes ou um retorno ao que ocorreu antes, ou uma visão imagética do que deveria ter sido, minando-se a possibilidade de transformação no presente. Por sua vez, a positivação da formação técnica dos agentes pelo Estado por si só não é significativa de melhores condições de trabalho, pois, como se destacou anteriormente, com qualificação formal ou não, o trabalho dos agentes já constitui uma política do Estado. Nesse sentido, a dicotomia entre comunidade e Estado apresenta-se como uma falsa questão, na medida em que a possibilidade de uma atuação mais efetiva dos agentes não está relacionada à ênfase dada a algum dos dois polos, mas sim à luta política no sentido de avançar na universalização dos direitos. Em outras palavras, trata-se do projeto societário que se deseja construir e do papel do Estado nesse processo.



## **O ACS: trabalho simples, ou trabalho complexo?**

Desde o surgimento dos agentes de saúde, ocorreram lentas transformações que modificaram suas formas de trabalhar e o conteúdo de seu trabalho. Ou seja, aquilo que se define como agente vem mudando no decorrer da história, como constatam os entrevistados:

[...] nós precisamos ainda daquele ACS da década de 1980 que fazia hidratação oral ou nós precisamos de um técnico qualificado que possa ajudar as pessoas em depressão, com diabete, que possa orientar um regime dietético? Eu acho que é esse um pouco o dilema. Mas eu aprendi a não me angustiar com a coisa. Se deixar o carro na frente dos bois, vai chegar o momento em que essa questão vai ser colocada e vai ter de ser enfrentada. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

Para fazer esse elo [entre o sistema de saúde e a comunidade], quanto mais ele fosse povo, representação social, melhor seria para o programa na saúde. Por outra via, também fizeram um monstro do pobre do ACS, porque ele virou um ser absolutamente divino, consegue ter competências para além de uma pós-graduação. Percebe? Então, o negócio foi se colocando nele: ele preenche os dados, ele faz não sei o que, ele faz não sei o que lá. Quer dizer, esse elo pensado inicialmente na configuração do nosso Programa Saúde da Família vai perdendo suas características iniciais pela própria evolução. (Célia Pierantoni, diretora do Deges/SGTES/MS de 2005 a 2006)

Tanto a fala de Pierantoni quanto a de Júlio Müller estão perpassadas pelo conteúdo do fazer dos agentes. Pierantoni destaca a dualidade entre “ser mais povo” e um discurso presente no Referencial Curricular dos Agentes Comunitários de Saúde, no qual se amplia o leque de competências dos agentes, tornando-os, no dizer de entrevistada, superagentes. Já Müller traz à tona as novas habilidades técnicas que deles

vêm sendo solicitadas. Tais reflexões permitem indagar sobre o conteúdo do trabalho dos agentes, isto é, em que medida ele constituiria um trabalho simples ou um trabalho complexo. Citando Marx, Neves e Pronko esclarecem que o conteúdo de um trabalho complexo é igual a um “trabalho simples potenciado ou, antes, multiplicado, de modo que uma quantidade de trabalho qualificado [seja] igual a uma quantidade maior de trabalho simples” (2008, p. 22). Ao se fazer um contraponto entre as atribuições iniciais dos ACSs e a gama de atividades que são chamados atualmente a realizar, é possível depreender que seu trabalho tem se tornado cada vez mais complexo, uma vez que a ele vem se somando uma série de atribuições que antes não lhe eram afeitas:

Ele também tem de ter conhecimentos diversos porque se ele é [de uma] comunidade, os problemas que traz para equipe são os problemas da comunidade dele. Portanto, precisa necessariamente também estar habilitado para trabalhar com esses problemas, seja do ponto de vista do controle ambiental, seja do ponto de vista da promoção da saúde, de trabalhar a atividade física. Acho que ao longo desses anos, ele não deixou de fazer a atenção à saúde da criança e da mulher, mas incorporou novas atividades, como qualquer trabalhador em saúde. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

No entanto, pensar no conteúdo do trabalho exige inseri-lo no grau de complexificação correspondente ao nível de desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais correlatas (Neves e Pronko, 2008). Nesse sentido, a escolarização da classe trabalhadora é um exemplo claro desse processo, pois se nas sociedades pré-capitalistas não se colocava a questão da escola para a maioria da população, sendo o aprender no trabalho por si só suficiente, com o desenvolvimento urbano-industrial, a formação dos trabalhadores passa a ser uma demanda, não só das classes dirigentes, mas dos próprios trabalhadores. Pode-se inferir que o maior grau de escolarização dos agentes se configura, assim, tanto como fruto das lutas sociais para a ampliação da es-

colaridade quanto como um patamar mínimo necessário de escolarização em resposta à complexificação das mudanças na sociedade e no processo de trabalho, engendradas no decorrer da história. Nesse contexto, trata-se de tentar entender se o trabalho dos agentes tem se tornado mais complexo, ou se há uma complexificação do trabalho simples.

Concorda-se com Morosini (2009) quando afirma que, quase sempre, o trabalho dos ACSs tem sido caracterizado como trabalho simples tanto pelas políticas de saúde e educação quanto pelo processo de organização do trabalho em saúde. Ao requerer uma formação escolar mínima e promover formas de contratação absolutamente precárias para esses profissionais, o desenho das novas ações de saúde propostas pelo Ministério da Saúde situa previamente os ACSs num espaço social pouco reconhecido, oferecendo-lhes escasso ou nenhum espaço de atuação fora dos limites demarcados pelo alicerce tradicional das práticas em saúde: o saber biomédico. Nessa lógica, não cabe uma maior reflexão sobre a realidade em que os ACSs e os usuários estão inseridos, e se repete uma série de condutas que acabam fomentando novos discursos de apassivamento do sujeito e acirrando “novas” formas de exploração. No início da atuação dos agentes, só lhes era requerido saber ler e escrever; atualmente, exige-se deles a conclusão do ensino fundamental, mas já se constata ter se elevado o nível de escolaridade dos ACSs, pois uma parcela significativa desses trabalhadores cursou o ensino médio, fato que parece estar inserido em um movimento mais amplo de certificação da classe trabalhadora brasileira sem que, no entanto, haja uma efetiva melhoria no conteúdo dos conhecimentos – assim, esse movimento não configura um processo real de qualificação – ou do reconhecimento social que corresponderia a esses conhecimentos (Rummert, 2009).

As atividades de responsabilidade dos agentes, de um lado, acabam por engessá-los entre uma formação restrita dirigida pelo Estado e, de outro, ampliam de tal modo as suas atribuições que terminam por cercar a sua capacidade de atuação, posto que se espera dos ACSs a

resolução de problemas que estão além das possibilidades de qualquer profissional de saúde. Os agentes ficam, assim, enredados em um fazer cotidiano repleto de problemas de diversas ordens, em relação aos quais têm pouca possibilidade de intervenção.

No entanto, não se pode esquecer que a formação não só conforma, mas traz a possibilidade de transformação da realidade. Talvez um dos sentidos não manifestos encobertos pelos discursos contra a formação seja o temor de que uma maior conscientização dos agentes os leve a questionar as políticas em curso, pois, mesmo com muitas dificuldades, esses trabalhadores vêm tentando se articular em um movimento mais orgânico, lutando contra uma tendência das políticas públicas de encapsulá-los no local de moradia e no cotidiano do trabalho.

## Referências bibliográficas

AROUCA, Antônio Sergio. *O dilema preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventivista*. São Paulo: Editora da Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BIRMAN, Patrícia. Favela é comunidade? In: MACHADO, Luiz Antonio (org.). *Vida sob cerco: violência e rotina nas favelas do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006a. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2006/11350.htm>. Acesso em: 14 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006b. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto\\_de\\_Gestao/portarias/GM-648.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html). Acesso em: 21 out. 2010.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Números da saúde da família*. Brasília. Ministério

da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>. Acesso em: 20 nov. 2010.

CUCHE, Denys. *A noção de cultura nas ciências sociais*. Bauru: Edusc, 1999.

CUETO, Marcos. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 11, Nov. 2004. Disponível em: <http://www.who.int/kms/initiatives/ghhcueto.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2011.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1. Alma-Ata (Cazaquistão), 12 set. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2010.

DUBAR, Claude. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FAUSTO, Márcia; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia; CORBO, Anamaria. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

FRANZOI, Naira. *Da profissão como profissão de fé ao “mercado em constante mutação”*: trajetórias e profissionalização dos alunos do Plano Estadual de Qualificação do Rio Grande do Sul (PEQ-RS). Campinas, 2003. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, 2003.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Capital humano. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

\_\_\_\_\_. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final do século*. Petrópolis: Vozes, 1998.

KERGOAT, Danièle. Por uma problemática do processo de trabalho doméstico. In: KARTCHEVSKY, Andrée (org.). *O sexo do trabalho*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

LIMA, Julio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela. Trabalho simples. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

MACHADO, Lucília. Qualificação do trabalho e relações sociais. In: FIDALGO, Fernando Selmar (org.). *Gestão do trabalho e formação do trabalhador*. Belo Horizonte: Movimento de Cultura Marxista, 1996.

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

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria. Atenção básica. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

MELLO, Guilherme Arantes et al. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*, v. 12, n. 2, 2009.

MOROSINI, Márcia Valéria. *A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formação em disputa nos anos 2003-2005*. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela A. *O mercado do conhecimento e o conhecimento para o mercado: da formação para o trabalho*

complexo no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.

PAIM, Jairnilson. *A Reforma Sanitária brasileira*. Contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. *Direito à saúde, cidadania e Estado*. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. *Anais...* Brasília: CNS, 1986.

\_\_\_\_\_. *O que é SUS?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

RAMOS, Marise. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2002.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Campinas, 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, 2000.

RODRIGUES, José. Da teoria do capital humano à empregabilidade: um ensaio sobre as crises do capital e a educação brasileira. *Revista Trabalho e Educação*, Belo Horizonte, n. 2, p. 215-230, ago.-dez. 1997.

RUMMERT, Sônia Maria. Desafios teóricos e metodológicos da educação de jovens e adultos trabalhadores. In: CANÁRIO, Rui; RUMMERT, Sônia Maria (org.). *Mundos do trabalho e aprendizagem*. Lisboa: Educa, 2009.

SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana S. 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*, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

SILVA, Luiz Machado da. Trabalhadores do Brasil: virem-se. *Revista Inteligência*, v. 1, n. 5, 1999.

STOTZ, Eduardo. 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.

VIEIRA, Monica. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 5, n. 2, p. 243-260, 2007.



## **As autoras**

### **Alda Lacerda**

Médica, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Professora e pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). [alda@fiocruz.br](mailto:alda@fiocruz.br)

### **Anna Violeta Durão**

Educadora, mestre em Educação pelo Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense (UFF). Professora e pesquisadora do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). [violetadurao@fiocruz.br](mailto:violetadurao@fiocruz.br)

### **Filippina Chinelli**

Antropóloga, doutora em Educação pelo Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense (UFF). Professora adjunta aposentada do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IFCS/UFRJ). Professora e pesquisadora do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). [pina@fiocruz.br](mailto:pina@fiocruz.br)

### **Marcia Raposo Lopes**

Psicóloga, doutora em Psicologia Social pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professora e pesquisadora do Laboratório de Trabalho e Edu-

cação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ). [mlopes@fiocruz.br](mailto:mlopes@fiocruz.br)

### **Márcia Valéria Morosini**

Psicóloga, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Professora e pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). [mguima@fiocruz.br](mailto:mguima@fiocruz.br)

### **Monica Vieira**

Socióloga, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj). Coordenadora do Observatório dos Técnicos em Saúde do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde; professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). [monicavi@fiocruz.com](mailto:monicavi@fiocruz.com)

### **Valéria Carvalho**

Socióloga, mestre em Educação pelo Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense (UFF). Professora e pesquisadora do Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). [valcarvalho@fiocruz.br](mailto:valcarvalho@fiocruz.br)



---

Este livro foi impresso pela Corbã Editora Artes Gráficas, para a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, em junho de 2011. Utilizaram-se as fontes Garamond e Humanst521 na composição, papel offset 90g/m<sup>2</sup> para o miolo e cartão supremo 250 g/m<sup>2</sup> para a capa.