

Educação e Trabalho em disputa no SUS:

a política de formação dos
Agentes Comunitários de Saúde

Márcia Valéria Morosini

SUS
AGENTES COMUNITÁRIOS
DE
SAÚDE



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Fundação Oswaldo Cruz

Presidente

Paulo Ernani Gadelha Vieira

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Diretora

Isabel Brasil

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

Educação e Trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde

Márcia Valéria Morosini



Copyright © 2010 da autora
Todos os direitos desta edição reservados à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

Capa

Zé Luiz Fonseca

Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica

Marcelo Paixão

Revisão

Ana Lúcia Prôa

Foto da capa

Banco de Imagens do Proformar/EPSJV/Fiocruz

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

M869e Morosini, Márcia Valéria
Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de
formação dos agentes comunitários de saúde. / Márcia
Valéria Morosini. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

202 p. : il.

ISBN: 978-85-98768-51-9

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Assistência à
Saúde. 3. Qualificação Profissional. 4. Ensino. 5. Recursos
Humanos em Saúde . I. Título.

CDD 362.10425

*Aos agentes comunitários de saúde.
Em sua luta e em seu trabalho, encontrei
as razões deste estudo.*

*Eu recuso qualquer posição
fatalista diante da história,
diante dos fatos. (...) Nenhuma
realidade é assim mesmo. Toda
realidade está aí, submetida à
nossa possibilidade de
intervenção nela.*

Paulo Freire

Sumário

Lista de abreviações e siglas | 11

Prefácio | 13

Apresentação | 19

Introdução | 23

Capítulo 1
**A Política de Atenção Básica e a Qualificação
Profissional dos ACS na Saúde da Família | 31**

Capítulo 2
**Configurando uma Nova Conjuntura: o primeiro
governo Lula e as questões de RH em Saúde | 45**

Capítulo 3
**Disputando a Formulação
da Política de Formação dos ACS | 61**

Capítulo 4
**Iluminando Questões de Fundo: o ensino em
serviço, o modelo das competências e o trabalho
dos ACS como trabalho simples | 135**

Capítulo 5
**Sobre o Perfil Social *Sui Generis*
do Agente Comunitário de Saúde | 151**

Considerações Finais | 189

Referências | 195

Lista de abreviações e siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde	LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
CEB – Câmara de Educação Básica	MEC – Ministério da Educação
CGDRH/SUS – Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS	Mops – Movimento Popular de Saúde
CIT – Comissão Intergestores Tripartite	MPT – Ministério Público do Trabalho
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho	MS – Ministério da Saúde
CNE – Conselho Nacional de Educação	Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Coab – Coordenação de Atenção Básica	Noas – Norma Operacional de Assistência à Saúde
Codin – Coordenadoria da Defesa dos Interesses Individuais Homogêneos, Coletivos e Difusos	NOB – Norma Operacional Básica
Conacs – Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde	ONG – Organização Não-Governamental
Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde	Opas – Organização Pan-Americana de Saúde
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde	Oscip – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
Contag – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura	PAB – Piso da Atenção Básica
CUT – Central Única dos Trabalhadores	Pacs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica	Paetec – Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico
Degerts – Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho na Saúde	PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários
Deges – Departamento de Gestão da Educação na Saúde	PDTSP – Programa de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde Pública
EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio	PEC – Proposta de Emenda Constitucional
Faperj – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro	PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador	Proesf – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz	Profae – Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
FNS – Fundo Nacional de Saúde	Proformar – Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância à Saúde
Funasa – Fundação Nacional de Saúde	PSF – Programa de Saúde da Família
IMS – Instituto de Medicina Social	PT – Partido dos Trabalhadores
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS
	RH – Recursos Humanos

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
Semtec – Secretaria de Educação Média
e Tecnológica
SGTES – Secretaria de Gestão do
Trabalho e da Educação na Saúde
Siab – Sistema de Informação da Atenção
Básica

SPS – Secretaria de Políticas de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TAC – Termo de Compromisso de Ajuste
de Conduta
Uerj – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro

Prefácio

Para nós, que não deixamos de aspirar à construção de uma sociedade mais igualitária, mais justa, na qual todos os seres humanos possam desfrutar de uma vida digna e desenvolver suas potencialidades, os tempos recentes têm suscitado certas aflições. Com efeito, a crise de experiências concretas do socialismo forjadas no século passado, os avanços do pensamento conservador e as transformações no mundo, comumente designadas pelo termo globalização, podem dar a impressão (e muitos de fato parecem ter se convencido disto) de que não há alternativas ao que existe. É como se estivéssemos a assistir a uma crescente resignação: como se precisássemos aceitar o que existe, não porque é bom, mas porque, sendo bom ou mau, parece ser inevitável¹.

É verdade que muitos continuam a se rebelar contra tal forma de resignação. São inúmeras as frentes de luta dos que insistem em não abrir mão do sonho de uma sociedade mais igual e mais justa. Dentre eles, há os que se dedicam a produzir um conhecimento crítico, seja ele voltado ao questionamento daquelas formas de interpretação que afirmam a inevitabilidade do mundo tal como hoje existe, seja voltado a reconhecer em certos espaços de lutas concretas (ainda que localizadas) o delineamento de novas alternativas.

A primeira perspectiva tem se colocado à tarefa da denúncia dos pensamentos únicos e dos consensos, mostrando que estes são de fato descrições interessadas e parciais das classes dominantes (ou, em outros vocabulários, da elite, dos poderosos, enfim, de alguns...) construídas na tentativa de impor sua visão de mundo aos outros. Ou, melhor, descrições construídas para apresentar uma visão parcial e particular como se fosse universal e objetiva. Entre as principais ferramentas dessa forma de se proceder ao pensamento crítico estão o reconhecimento do caráter histórico (em contraponto à ideia de que os fenômenos em questão são naturais) e o reconhecimento da existência de contradições que podem ser apontadas e exploradas na luta pela transformação do mundo. Articuladas, tais ferramentas são capazes de desconstruir teses e ideias produtoras do conformismo e da resignação.

¹SANTOS, Boaventura de Souza. *Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.

A segunda perspectiva assume, como ponto de partida para o pensamento crítico, as práticas concretas das lutas que, um pouco por toda parte, vêm se travando no sentido de inventar alternativas àquilo que existe e não é considerado bom. Lutas que se travam contra as mais diversas formas de opressão, contra as mais variadas formas de restrições a uma vida digna. Aqui, o investigador se solidariza com uma ou com algumas formas concretas de luta, e empreende seu esforço de pesquisa buscando de algum modo oferecer narrativas das batalhas travadas, na esperança de contribuir para estas lutas específicas.

Vejo a distinção dessas duas formas de crítica não como modos excludentes ou incompatíveis, mas como formas polares e complementares: nossas tarefas de produzir um pensamento crítico envolvem tanto a luta contra os consensos e contra as estratégias de hegemonia que são postas em movimento pelas elites (frequentemente amparadas por um conhecimento dito científico), como envolvem a compreensão mais aprofundada das diversas lutas contra a opressão que se travam em várias frentes no mundo atual. As duas frentes de trabalho intelectual se articulam e se encontram continuamente no esforço de mostrar que a realidade não é dada, ou melhor, que ela é dada aos nossos esforços voltados para a sua transformação. As duas perspectivas se fundem ao ver a realidade como um campo de possibilidades².

Este livro de Márcia Valéria Morosini inscreve-se nessa perspectiva de pensamento crítico. É isso que a autora deixa claro ao escolher como epígrafe de seu trabalho um trecho no qual Paulo Freire, a meu ver, nos convida a recusar qualquer forma de resignação. Neste trabalho, é possível reconhecer em ação as duas estratégias de pensamento crítico anteriormente assinaladas. Por um lado, Márcia Valéria se utiliza de uma abordagem que é, nos seus próprios termos, histórica, materialista e dialética, e o faz com destreza tanto no que diz respeito à compreensão da trama contraditória que subjaz às questões sobre a qual se debruça, como no sentido de problematizar argumentos e teses que, de modo mais específico, se apresentam como se fossem naturais ou inexoráveis. Por outro lado, é um trabalho cuja razão de ser nos remete a duas formas concretas de luta pela igualdade e pela justiça, ambas muito bem localizadas no espaço e no tempo. A primeira, a luta pelo direito de todos à saúde, que vem se travando no Brasil e que resultou na construção e nos esforços de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A segunda, só compreensível no bojo da primeira e que está no centro desta obra, consis-

² SANTOS, op. cit.

te na luta e no trabalho dos agentes comunitários de saúde. Não é à toa que é a eles que a autora dedica seu trabalho. Em outros termos, este livro nasce da profunda solidariedade da autora com os agentes comunitários em sua busca pela construção do direito de todos à saúde.

A luta pelo direito universal à saúde vem sendo intensamente travada desde a década de 1970 no Brasil. Se é verdade que conseguimos o reconhecimento desse direito no texto constitucional, e se é verdade que o mesmo texto constitucional instituiu o SUS como uma das formas de se garantir esse direito, as tentativas de construção concreta do Sistema vêm se dando num âmbito de disputa entre perspectivas e projetos distintos, elaborados por diferentes atores sociais. São conhecidos os obstáculos e as dificuldades para a concretização plena, na vida dos brasileiros, do ideário constitucional em que todos tenham, de modo igualitário, acesso aos cuidados integrais de que venham a necessitar. Destaco aqui apenas um deles, o que considero mais central para as questões examinadas neste livro. Refiro-me à presença, a partir dos anos 1990, de um conjunto de ideias que podem ser chamadas de neoliberais no debate das políticas públicas de saúde. Ideias que produziram, entre outras coisas, propostas de restrição da abrangência da ação do Estado.

Foi nesse eixo que, por um lado, surgiram diferenciações no modo de se compreender determinadas funções públicas, distinguindo e tratando diferentemente aquelas que, naquele modo de pensar, seriam funções típicas e essenciais de um Estado, daquelas outras não tão típicas e não tão essenciais assim, entre as quais, infelizmente, se situaram a saúde e a educação. Por outro lado, a mesma perspectiva da redução da ação do Estado, supostamente inexorável, produziu propostas de redução dos gastos públicos, que se expressam nas restrições postas aos gastos públicos com servidores, como se a responsabilidade fiscal superasse as responsabilidades sociais desse Estado. Ambos os movimentos (o tratamento diferenciado de certas funções públicas e as restrições aos gastos com servidores) construíram uma tendência de desvalorização dos servidores públicos da área de saúde (com sensíveis diferenças salariais perante as carreiras consideradas típicas do Estado) e de precarização de seus vínculos de trabalho, gerando dinâmicas contraditórias com a perspectiva do dever do Estado de garantir a todos o direito à saúde. Se tal quadro de precarização incide sobre o conjunto dos trabalhadores no âmbito do SUS (a começar sobre os quadros técnicos do próprio Ministério da Saúde), também é verdade que, na nossa sociedade profundamente desigual, tal precarização penalizará de modo particularmente agudo exatamente os agentes comunitários de saúde, como bem mostra Márcia Valéria neste trabalho.

Embora alguns, diante de tais obstáculos aparentemente inexoráveis, venham defendendo nos últimos tempos que talvez devêssemos rever aquele sonho que se aninhou no ideário constitucional, muitos são os que, no seu cotidiano, vêm construindo e defendendo exatamente aquele ideal. E são muitos os elementos que nos levam a vislumbrar potenciais de transformação. Os arranjos de pactuação entre os níveis de gestão, as arenas instituídas para a participação da população (os conselhos e as conferências de saúde), os desenhos de políticas e estratégias voltadas para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para dar resposta a uma ampla gama de problemas e situações que afetam a saúde têm criado uma multiplicidade de cenários novos. Por outro lado, no próprio processo de consolidação do SUS, em curso, novas dinâmicas e novos desafios surgem. Destaco aqui apenas um deles: o desafio de simultaneamente ampliar o acesso às ações e aos serviços de saúde e transformar de modo radical as práticas do cuidado de saúde, tornando-as mais próximas ao ideal da integralidade, ou seja, mais capazes de responder de modo abrangente às necessidades das pessoas.

É nesta perspectiva que é possível compreender as apostas feitas, a partir de meados dos anos 1990, no fortalecimento da atenção básica, não apenas na perspectiva de expansão da cobertura dos serviços de saúde, mas principalmente como estratégia de mudança do modelo assistencial vigente até então. Essa mudança pode ser vista tanto da perspectiva do rearranjo dos fluxos na rede de serviços de saúde quanto, de modo mais radical, do ponto de vista da invenção de novas formas de cuidar, mais capazes de concretizar sucessos práticos na vida das pessoas. Se a primeira perspectiva exige, para além da expansão física da atenção básica, a articulação entre os diversos níveis do sistema de serviços de saúde, a segunda envolve necessariamente processos de formação e de qualificação dos trabalhadores.

De modo mais concreto, aquelas apostas na mudança do modelo conduziram a uma acentuada expansão da oferta da atenção básica organizada a partir da delimitação de territórios, postos sob a responsabilidade de equipes de saúde. No desenho desse arranjo da atenção básica, o ACS parece ser central. De fato, a expansão da atenção básica significou uma ampliação acentuada do número de agentes comunitários no país. Em outros termos, o agente comunitário, tal como o conhecemos, desenvolve-se como consequência das políticas públicas adotadas na saúde. Contudo, embora concebido como central para as estratégias de transformação desejadas, o agente comunitário se torna ao mesmo tempo um alvo preferencial das estratégias de precarização.

O trabalho e a luta dos agentes comunitários, que Márcia Valéria toma como o que dá significado ao seu trabalho, se dão com o propósito de superar a precarização e de produzir processos de formação para esses profissionais mais adequados à complexidade de seu processo de trabalho. Isso tem sido feito no sentido de demandar políticas públicas que superem a contradição de os agentes serem profissionais centrais, mas desvalorizados; que têm a missão de estabelecer vínculos intensos com as pessoas de sua comunidade, mas que trabalham eles próprios com vínculos bastante precários: essas políticas devem superar a ideia de que tais profissionais não precisam de uma formação para além de algo bastante simples e rápido. São essas as contradições que mobilizam a autora deste livro, que há muito vem dedicando seus esforços (tanto na prática do ensino como da pesquisa) a estes profissionais.

É com tais implicações, e por causa delas, que Márcia Valéria se dedica neste trabalho a examinar em profundidade um momento *sui generis* da trajetória recente das políticas de saúde no Brasil, no qual questões relativas à luta dos agentes comunitários entram na agenda do Ministério da Saúde, que se engaja na construção de uma política de formação voltada para eles, no contexto da gestão do trabalho.

A autora debruçou-se sobre a vasta documentação que embasou os debates durante o processo de desenho dessa política, identificando as teses, os argumentos, os pontos em disputa, esquadrinhando as diferentes posições. Ao fazê-lo, ela nos oferece um quadro vivo daquele processo político.

Uma das virtudes do trabalho é não cair na armadilha daqueles que, quando se dedicam aos estudos sobre políticas públicas, sonham com a produção de uma racionalidade que supere a disputa política entre projetos distintos. Ao contrário, como já dito, Márcia Valéria toma a disputa e a luta como a razão para sua investigação, e aposta que será no bojo desta luta que poderemos superar o que hoje criticamos na realidade. Tampouco a autora adota o procedimento, infelizmente disseminado, de travestir seu posicionamento político na pretensão de obter 'evidências' supostamente capazes de servir de base para as políticas. A autora não tropeça no erro de considerar que a ciência, que nunca é neutra, pode dizer melhor do que ninguém o que é melhor para a vida. Ao contrário, reconhecendo a não neutralidade de seu estudo, expõe com clareza as suas implicações e exerce de modo sistemático o exame das suas próprias crenças, no sentido de explicitar para o leitor suas premissas valorativas e éticas e seus posicionamentos ideológicos e políticos. Ao fazê-lo, permite ao leitor não apenas a clara compreensão do

lugar a partir do qual fala, bem como o convida a examinar criticamente a narrativa que nos oferece.

Este trabalho se abre a uma série de leituras diferentes. Para os que, como a autora, participaram do processo de formulação da política por ela examinada, oferece uma narrativa nova, produzida pelo cotejamento sistemático das diferentes posições e argumentos. Ela mesma viveu com clareza, no processo de elaboração do trabalho, essa novidade, que se forjou exatamente no processo de reexaminar de maneira sistemática documentos que havia lido outrora, em outro contexto. O tempo e esse olhar sistemático operaram um certo distanciamento analítico que, embora muito importante, nada tem a ver com uma ideia de neutralidade. É como se ela tivesse redescrito um processo o qual viveu, e que, nesse sentido, oferecesse esta redescrição aos que como ela viveram o mesmo processo.

Mas, com os que não viveram aquele processo de formulação da política, Márcia Valéria compartilha o interior do debate até então desconhecido. Ao fazê-lo, contribui para a reflexão de cada leitor (eu diria, sonhando, de cada ator social) acerca do processo de disputa que ocorreu em certo momento. Ela contribui para ampliar nossa capacidade, como leitores, de pensar criticamente as disputas, os processos políticos e as lutas que ainda hoje se travam.

De qualquer modo, com este livro, Márcia Valéria contribui para o registro da memória de políticas. Para nós, que vivemos uma democracia representativa nas quais as alternâncias no governo não se limitam aos momentos eleitorais, mas comportam, às vezes, inflexões radicais nas políticas no bojo de um mesmo governo, e nas quais muitas vezes surgem esforços ativos de negar o pensado e feito previamente, como numa tentativa de apagar da memória as políticas anteriores, estudos que registrem os processos de desenho das políticas são de grande importância.

Mas talvez a maior virtude deste livro esteja na sua potência de nos afetar, convidando-nos a pensar e repensar sobre os problemas que clamam por nossos esforços no sentido de sua transformação, mas que simultaneamente reacendem em nós a esperança de que é possível imaginar e construir de outro modo o que existe. E, por nos afetar deste modo, a obra nos convida a nos engajarmos nas diversas lutas por uma sociedade mais justa e igualitária.

Ruben Araujo de Mattos

Professor-pesquisador do Instituto de
Medicina Social da Uerj

Apresentação

Desde 1993, os agentes comunitários de saúde vêm fazendo parte da minha vida. Quem me apresentou a estes trabalhadores foi o professor Victor Vincent Valla, no Centro de Estudos e Pesquisa da Leopoldina (Cepel), levando-me a conhecer o grupo Sementinha que atuava na região da Leopoldina, subúrbio do Rio de Janeiro, difundindo conhecimento popular sobre cuidados com a saúde. Este grupo era representativo das experiências originárias de trabalho comunitário com agentes de saúde, inicialmente vinculados a movimentos sociais, a pastorais da Igreja Católica ou a Organizações Não-Governamentais, atuantes principalmente no campo da educação popular em saúde.

Nos anos seguintes, liderei projetos de educação em saúde, voltados para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids em comunidades populares na mesma região e, mais tarde, no Morro do Turano, na Tijuca. Nesses projetos, tive a oportunidade de coordenar a formação e o trabalho educativo dos agentes comunitários de saúde (ACS).

A partir de 1999, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio¹ da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), pude associar ao trabalho formativo o trabalho de investigação, passando a dedicar-me aos ACS instituídos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, desenvolvi alguns projetos de pesquisa sucessivos sobre o tema, versando sobre a formação e o trabalho dos ACS na Estratégia Saúde da Família.

No projeto de pesquisa “O Agente Comunitário de Saúde no Marco do PSF/Pacs no Município do Rio de Janeiro: desafio à formação em saúde” (1999-2001), pude identificar e analisar as estratégias de formação dos agentes comunitários de saúde nesse município, especialmente no caso do Programa de Agentes Comuni-

¹ A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio é uma unidade técnico-científica da Fiocruz, ligada ao Ministério da Saúde (MS), que tem se dedicado ao desenvolvimento da educação profissional dos trabalhadores de nível médio do SUS, mediante projetos político-pedagógicos, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico e de cooperação nacional e internacional. A EPSJV desenvolve cursos de educação profissional técnica integrada ao Ensino Médio, cursos de formação inicial e continuada, especialização técnica e pós-graduação, estrito e lato senso, em educação profissional em saúde. Desempenha ainda as funções de Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Educação de Técnicos em Saúde e sedia a Secretaria Técnica/Executiva da Rede de Escolas Técnicas do SUS.

tários de Saúde (Pacs) da Mangueira, e estabelecer relações com as propostas e as condições iniciais de trabalho desses profissionais.

Nos projetos seguintes, “O Agente Comunitário de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família: construindo uma proposta de formação em saúde” (2002) e “Material Didático para a Formação Técnica dos Agentes Comunitários de Saúde: melhoria da qualidade na atenção básica” (2004-2007), tive a oportunidade de aprofundar a discussão em torno da formação profissional para os ACS. Ambos consideraram a complexidade do trabalho dos agentes e a diversidade das condições materiais de sua realização, buscando identificar uma base comum que pudesse ser socializada para a formação desses trabalhadores da saúde².

O livro que o leitor tem em mãos não deixa de ser produto dessas experiências e desses estudos empreendidos, mas é, principalmente, fruto do trabalho de dissertação de mestrado “A Política de Formação dos Agentes Comunitários de Saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005”, defendida em maio de 2009, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), sob a orientação de Ruben Mattos.

O processo de produção dessa dissertação permitiu que eu revisse a experiência de acompanhamento das etapas de formulação da política de formação dos ACS, na qual representei a EPSJV desde março de 2003 até julho de 2004. Nesse período, tive a responsabilidade de assessorar a equipe técnica do MS que produziu o Referencial, bem como fui representante da EPSJV nos vários fóruns promovidos pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) para o debate e a articulação política em torno da formação dos ACS, reunindo gestores, trabalhadores e escolas técnicas do SUS.

Derivado desse percurso, este livro está implicado com as minhas aspirações de professora e pesquisadora, que espera apresentar contribuições para o processo coletivo de fortalecimento de um projeto de sociedade e de saúde, no

² Os dois primeiros projetos de pesquisa aqui referidos (1999-2001 e 2002) são integrantes do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico (Paetec), uma parceria entre a EPSJV/Fiocruz e a Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), que busca promover o desenvolvimento de projetos de investigação no campo da educação profissional em saúde, que se caracterizam, também, como projetos de intervenção ou de desenvolvimento tecnológico, tendo como eixo as relações entre trabalho, educação e saúde. O terceiro projeto (2004-2007) integra o Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública – SUS (PDTSP-SUS) da Fiocruz, no qual a pesquisa volta-se ao desenvolvimento de tecnologias, em sentido amplo, que contribuam com a melhoria da qualidade na saúde pública.

qual os trabalhadores de nível médio, entre eles os agentes comunitários de saúde, têm um papel fundamental como sujeitos políticos e técnicos para a superação das contradições presentes no SUS

Da mesma forma, espero que as reflexões contidas neste livro possam contribuir com a luta desses trabalhadores por melhores condições de trabalho e educação e com o desenvolvimento de projetos de qualificação profissional dos ACS comprometidos com os princípios da saúde para todos, realizada por trabalhadores qualificados, bem remunerados, com seus direitos garantidos e valorizados socialmente, tanto pelas pessoas que atendem como pelos gestores e os demais profissionais da área da saúde e da educação no país.

Esta esperança não é só minha. Ela é própria dos trabalhadores da EPSJV/Fiocruz, a quem agradeço pela possibilidade do trabalho coletivo e pelo apoio para a realização deste livro, que não teria se tornado realidade sem o apoio e a dedicação, principalmente, das companheiras queridas Isabel Brasil, Cátia Guimarães e Virgínia Fontes, assim como de Marcelo Paixão, José Luiz Fonseca, Talita Rodrigues e de toda a equipe da Coordenação de Comunicação, Divulgação e Eventos da Escola Politécnica.

Márcia Valéria Morosini

Vice-diretora de Ensino e Informação
da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz

Introdução

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os trabalhadores de nível médio e fundamental têm desempenhado um papel muito importante no desenvolvimento de políticas, programas, estratégias e ações de saúde. No entanto, a participação significativa desse segmento de trabalhadores no SUS não necessariamente encontra correspondência nas políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são um grupo de trabalhadores bastante representativo dessa situação. A criação ainda recente da função e a trajetória de luta pela profissionalização dos ACS guardam relações importantes com questões centrais do trabalho e da educação dos trabalhadores no SUS, principalmente quanto às políticas de vinculação e às políticas de formação.

Considerados trabalhadores estratégicos para a principal política de atenção básica do país, a estratégia saúde da família, os ACS constituem uma categoria profissional relativamente nova, reconhecida por lei em 2002, mas com largo percurso de existência como função ou ocupação desde a sua instituição no SUS, em 1991, período no qual se acumularam situações de vínculos precários, salários baixos e qualificação simplificada pautada pela instrumentalização do trabalho.

Na estratégia saúde da família, apresentada como um conjunto de diretrizes, instrumentos e esforços articulados para viabilizar a reformulação da atenção básica em saúde no marco do SUS (BRASIL, 1998), o ACS é o trabalhador sobre o qual recaem funções estratégicas para a viabilização das metas da atenção preconizada: ser a ponte entre o serviço e a comunidade, estabelecendo aproximações e desenvolvendo vínculos com a população das comunidades atendidas.

De uma maneira geral, o discurso predominante concebe que o ACS deve atuar nos processos de atenção e educação em saúde principalmente como um mediador entre a instituição saúde, seus referenciais científicos, seus instrumentos e técnicas, de um lado, e a população, seu conhecimento cotidiano e seus valores, de outro. Entretanto, a formação profissional dos agentes de saúde tem se caracterizado pela precariedade e diversidade, uma vez que, para a função de ACS, desde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e durante muitos anos, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu como critério de escolaridade as

habilidades de ler e escrever. A formação profissional restringiu-se, em geral, à capacitação em serviço, realizada pelo enfermeiro-supervisor, principalmente no caso do Pacs, ou pela equipe do Programa Saúde da Família (PSF), operando-se de forma distinta nos diversos municípios que adotaram a estratégia saúde da família.

Em relação à vinculação, no Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família referente aos anos de 2001 e 2002 (BRASIL, 2004a), foi constatado que, em 72,3% das equipes de saúde da família, os ACS apresentavam vínculo de trabalho precarizado, o que incluía o contrato temporário, o contrato informal, o contrato verbal, entre outros.

Essas contradições entre as funções estratégicas que os ACS desenvolvem, por um lado, e a precariedade de sua formação e de seus vínculos de trabalho, por outro, são alguns dos elementos explorados neste livro, que busca apontar as relações entre essas contradições e os sentidos que se encontram em disputa no SUS hoje.

Para trazer à luz essas disputas, o livro concentra-se no período de formulação da política de formação dos ACS que se desenvolveu entre o início de 2003 e meados de 2005, no primeiro governo Lula, quando o Ministério da Saúde encontrava-se sob a gestão de Humberto Costa.

Pouco tempo antes disso, em 10 de julho de 2002, a poucos meses da disputa eleitoral entre o então ministro da Saúde, José Serra, e o atual presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, foi instituída a lei n. 10.507, que criou a profissão do ACS.

A partir dessa lei e depois, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, com a participação cada vez mais organizada dos ACS junto aos poderes Executivo e Legislativo e com a atuação do Ministério Público do Trabalho em prol da regularização dos vínculos de trabalho no SUS, instaura-se um processo de formulação da política de formação e de gestão do trabalho dos ACS, como nunca antes fora realizado.

Este livro retoma essa experiência, apresentando as análises dos processos políticos instituídos pela SGTES, principalmente no período compreendido entre 2003 e meados de 2005, em relação à gestão do trabalho e da educação dos ACS. Interessei-me especialmente pelos sentidos produzidos pelos atores envolvidos a respeito das questões relativas à formação e à função desses trabalhadores, tanto as que foram postas em pauta pela SGTES quanto as que emergiram, con-

formando questões transversais ao objeto da formulação política nesse período – a formação dos ACS.

O livro remonta a esse contexto em busca de repostas para algumas das questões que permeiam o trabalho e a formação dos ACS até o presente. São elas: que concepções quanto à saúde, à educação e ao trabalho em saúde e, também, quanto ao papel do Estado em relação às políticas de saúde disputaram a formulação dessas políticas? E quanto ao escopo da atenção a ser oferecida à população como atenção básica, o que dizer? E sobre o papel do ACS na configuração dessa atenção? Que vínculo oferece as melhores condições para o desempenho desse papel? Que tipo de formação pode prepará-lo melhor para esse trabalho? Por quê?

Antes de passar à análise do material empírico coletado pela investigação que originou este livro e que me permitiu tentar obter algumas respostas para tais indagações, permito-me fazer algumas considerações a respeito das noções e dos conceitos que orientaram este trabalho e que ajudaram a formular suas questões norteadoras. Começamos lembrando que, como já visto, a formulação das políticas de interesse para esse estudo deu-se no âmbito da SGTES, uma instância localizada no aparato do Estado, em sentido estrito, mas que é disputada por atores, alguns atuando no interior desse Estado, outros, na sociedade civil organizada. Neste ponto, cabe explicitar a concepção de Estado que permeia as análises desenvolvidas neste livro.

Trata-se, primeiro, de compreender o Estado como expressão da luta de classes, como uma resultante dessa luta de classes, conforme se depreende da leitura de Marx (2005). Sob a crítica marxiana, o Estado é deslocado da sua condição clássica de uma instância neutra, distanciada dos conflitos e interesses de classe e que, por isso, pretende ser um formulador isento da ordem e das políticas que visam a mantê-la, assim como um árbitro justo para legislar sobre essas disputas, sendo revelada, ao contrário, a sua inscrição de classe e a sua parcialidade.

Por sua vez, vivendo em um tempo e em uma sociedade nos quais se operava um processo de socialização da política, Gramsci amplia a esfera do Estado para além do seu sentido estrito – seus aparelhos institucionais, executivos e repressivos –, incluindo a seu lado a sociedade civil, formada pelos sujeitos políticos coletivos (aparelhos privados de hegemonia). Segundo Coutinho (2003), é justamente na descoberta dos aparelhos privados de hegemonia que Gramsci se apoia para distinguir as duas esferas de que se compõem as superestruturas.

(...) os portadores materiais da sociedade civil são o que Gramsci chama de 'aparelhos privados de hegemonia', ou seja, organismos sociais coletivos voluntários e relativamente autônomos em face da sociedade política. Gramsci registra assim o fato novo de que a esfera ideológica, nas sociedades capitalistas avançadas, mais complexas, ganhou uma autonomia material (e não só funcional) em relação ao Estado em sentido estrito (COUTINHO, 2003, p. 129).

Para Fontes (2006), a densidade teórica do pensamento político de Gramsci é dada pelo desenvolvimento da concepção de Estado ampliado, ou seja, o todo orgânico formado pela aparelhagem estatal – o Estado em sentido estrito – e os aparelhos privados de hegemonia – os organismos sociais aos quais se adere voluntariamente e que são, por isso, relativamente autônomos em relação ao Estado em sentido estrito.

Assim, Gramsci, analisando as sociedades urbano-industriais que lhe são contemporâneas, complexificadas pelo desenvolvimento do capitalismo e das relações e instituições sociais, consegue perceber que se desenvolve uma esfera social diferenciada, com leis e funções relativamente autônomas e específicas, tanto em relação ao âmbito econômico quanto ao dos aparelhos repressivos do Estado. Para Coutinho (2003), de certa forma, o que faltou aos marxistas clássicos, a Marx e a Engels, foi oportunidade histórica no tempo em que viveram para conhecer plenamente as relações de poder numa sociedade capitalista desenvolvida.

Coutinho (2003) escolhe o trecho de uma carta de 1931, endereçada por Gramsci a Tatiana Schucht, comentando o novo conceito de intelectual por ele desenvolvido, como o melhor resumo da concepção ampliada do Estado no pensamento do pensador italiano:

Eu amplio muito – diz ele – o conceito de intelectual e não me limito à noção corrente, que se refere aos grandes intelectuais. Esse estudo leva também a certas determinações do conceito de Estado, que habitualmente é entendido como sociedade política (ou ditadura, ou aparelho coercitivo para adequar a massa popular a um tipo de produção e à economia em um dado momento); e não como equilíbrio entre sociedade política e sociedade civil (ou hegemonia de um grupo social sobre a inteira sociedade nacional, exercida através de organizações ditas privadas, como a Igreja, os sindicatos, as escolas etc.) (GRAMSCI *apud* COUTINHO, 2003, p. 126-127).

Ao trabalhar com essas duas esferas do Estado ampliado, Gramsci as diferencia, desenvolvendo-as, entretanto, sempre de forma dialética, como uma unidade na diversidade. Assim, ambas compõem o Estado e atuam para a conserva-

ção ou a promoção das relações econômicas, a partir dos interesses de uma classe fundamental, mas a sua atuação se opera de modo diferenciado e a partir de lugares distintos. Na sociedade civil, opera-se uma hegemonia obtida mediante o consenso e a direção política, a partir dos aparelhos privados de hegemonia; e na sociedade política, opera-se a dominação por meio da coerção, a partir dos aparelhos repressivos de Estado.

Segundo Gramsci, nas sociedades de tipo ocidental¹, é na sociedade civil que devem começar a ser travadas as batalhas “visando à conquista de posições e espaços (‘guerra de posição’), da direção político-ideológica e do consenso dos setores majoritários da população, como condição para o acesso ao poder de Estado e para sua posterior conservação” (COUTINHO, 2003, p. 147).

Amparado por essa perspectiva de Estado e de sociedade civil como instâncias distintas, porém indissociáveis, caracterizadas por disputas e conflitos, este estudo teve especial interesse pelos argumentos que se colocaram nas disputas travadas em torno da formulação das políticas de gestão da educação e do trabalho dos ACS e que dizem respeito a sentidos produzidos socialmente a respeito da educação e do trabalho desses profissionais, com o auxílio de certa noção de qualificação profissional.

Em função de sua polissemia, conforme nos adverte Ramos M. (2001), o conceito de qualificação profissional pode ser utilizado em vários sentidos. No âmbito deste estudo, a qualificação foi tomada em uma perspectiva histórica, buscando compreender as relações existentes entre a formação do agente comunitário de saúde e a sua vinculação ao trabalho em saúde da família. A qualificação profissional foi compreendida, portanto, para além dos conhecimentos e das habilidades práticas desenvolvidas pelos trabalhadores em formação, isto é, compondo-se também de valores socialmente atribuídos ao diploma e ao trabalho correspondente à profissão exercida. Nesse sentido, tornou-se importante contemplar as questões relativas tanto ao trabalho do ACS, à sua remuneração e contratação, entre outras, quanto aos aspectos socioculturais que contribuem para

¹ Gramsci distingue dois tipos de sociedade em relação ao desenvolvimento da sociedade civil e à ampliação do Estado: as formações sociais de tipo oriental e de tipo ocidental. As primeiras correspondem às formações sociais em que a sociedade civil se encontra em situação débil, predominando o Estado-coerção; as segundas apresentam uma situação de equilíbrio entre a sociedade política e a sociedade civil. Nas primeiras, para a sua transformação, faz-se necessário um combate mais frontal ao Estado-coerção, a chamada guerra de movimento; nas segundas, faz-se mais necessária a conquista de espaços, a chamada guerra de posição (Coutinho, 2003). Este seria o caso das formações urbano-industriais formalmente democráticas, como o Brasil contemporâneo, na minha compreensão, onde predomina a guerra de posição.

produzir a forma de compreender este trabalhador e de lhe conferir um perfil profissional com uma ampla dimensão social, onde prevalecem atributos subjetivos, culturais e, supostamente, comunitários.

Discutindo o conceito de qualificação profissional, Ramos M. (2001) identifica dois sistemas de apoio sobre os quais se apoia a qualificação. Um formado pelas convenções coletivas, por meio das quais os postos de trabalho são classificados e hierarquizados; o outro formado pelo ensino profissional por meio do qual os saberes são classificados e organizados em torno dos diplomas.

Machado L. (1996), discutindo a qualificação e as relações sociais, chama a atenção para a questão da qualificação como um elemento de mediação das práticas pedagógicas e das relações de trabalho. A autora afirma que estudá-la pode tornar mais clara a compreensão de problemas relativos aos processos pedagógicos e de trabalho. Interessada nessa aproximação entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, tomei essa categoria e seus elementos para auxiliar o estudo do processo de formulação da política de formação do ACS, buscando compreender as concepções em torno da educação e do trabalho dos ACS que disputaram os sentidos da política.

Assim, entendendo que qualificação inclui tanto questões do âmbito da formação quanto do trabalho, no caso dos ACS, essa perspectiva implicou focar questões relativas à regularização do trabalho, que tem se caracterizado pela precarização, em conjunto com as questões da formação que vêm se pontuando pela insuficiência e pelo aligeiramento, tomadas em relação às condições necessárias ao exercício do trabalho em saúde, da garantia dos direitos associados ao trabalho e à formação humana. Formação humana entendida como a expressão social do processo de conhecimento e de realização individual que transcende o nível da ação movida pelas necessidades de subsistência, ou seja, como expressão de um desenvolvimento individual, mas também coletivo, isto é, como uma particularização de uma forma social de existência (MARX, 1978).

Por sua vez, compreendemos trabalho como:

(...) uma forma de ação original e especificamente humana, por meio da qual o homem age sobre a natureza, transforma a ordem natural em ordem social, cria e desenvolve a estrutura e as funções de seu psiquismo, relaciona-se com outras pessoas, comunica-se, descobre, enfim, produz sua própria consciência e todo o conjunto de saberes que lhe possibilitarão viver em sociedade, transformar-se e transformá-la (MANFREDI, 1998, p. 23).

Voltando ao texto de Ramos M. (2001) já citado, esta autora apresenta três dimensões atribuídas por Schwartz (1995) à qualificação. Primeiro, a dimensão conceitual pela qual a qualificação é definida em função dos conceitos teóricos formalizados, estando diretamente relacionada aos processos de formação profissional e ao valor dos diplomas. Segundo, a dimensão social que diz respeito às relações estabelecidas entre os conteúdos das atividades e o seu reconhecimento social, localizando a qualificação no âmbito das relações sociais e remetendo-a às classificações coletivas. E, por último, a dimensão experimental que tem a ver com o conteúdo real do trabalho, na própria realização deste, quando são acionados tanto os registros conceituais quanto o conjunto de saberes disponíveis ao trabalhador.

De uma maneira geral, este estudo se localiza entre os que compreendem a qualificação como um processo histórico socialmente construído. Este é o caso de Castro (1993), que apresenta a qualificação como uma dimensão que contribui sobremaneira para a definição de coletivos, assim como para a construção de identidades e interesses em grupos sociais singulares.

Localiza-se também entre os que acreditam que, para se compreender os processos educativos que visam ao trabalhador, devem-se compreender as relações sociais nas quais estes se desenvolvem e nas quais são engendrados, assim como as relações que os trabalhadores estabelecem com a sociedade, uma vez que esta é entendida como o lugar onde o homem se forja, ao mesmo tempo que produz, reproduz e transforma o mundo e suas relações.

Assumindo uma perspectiva histórica e crítica, este livro seguirá em concordância com Pereira e Ramos (2006, p. 13), que afirmam que:

(...) a educação dos trabalhadores na saúde é composta por projetos contraditórios, interessados, conflitantes e em luta por uma visão de mundo. Uma boa análise crítica, dentro e fora das instituições escolares, poderá indicar os sentidos e os contextos desses projetos interessados que fazem a história da educação profissional.

Em geral, foi sob a perspectiva sócio-histórica, que busca compreender os fatos da vida em sociedade e as relações entre os indivíduos e os grupos sociais, analisando as condições políticas, sociais e econômicas que contribuem para a sua produção, que os objetivos desse estudo foram perseguidos e as temáticas envolvidas, discutidas e analisadas.

Dito isto, temos a questão central eleita para análise, que pode ser assim traduzida: quais as disputas que se travaram em torno das questões relativas aos

ACS, especialmente quanto à formação profissional desses trabalhadores e, principalmente, a partir dos processos políticos relativos à gestão da educação e do trabalho dos ACS, implementados no período compreendido entre o início de 2003 e meados de 2005? Que concepções relacionadas à educação e ao trabalho dos ACS que se apresentaram nos documentos da formulação da política de gestão da formação e do trabalho dos ACS? De que forma e maneiras essas concepções se relacionam com o contexto sociopolítico de produção dos documentos do processo de formulação da política de formação dos ACS? Quais as implicações dessas concepções e das questões a elas relacionadas na conformação das propostas de política formuladas, com especial atenção ao formato final adotado pela política em tela?

Na busca por elucidar as questões referidas, o método adotado é materialista, histórico e dialético:

(...) é importante lembrar que é *histórico*, pois não considera nenhuma relação social, nenhuma forma econômica, nenhum modo de produção, como conjuntos de fatos *naturais* e positivos - que é *materialista*, pois recusa as formas religiosas, transcendentais, idealistas e abstratas de pensar as formas sociais, os modos de produção, as relações de trabalho e os aparatos políticos, jurídicos e culturais - e é *dialético*, pois elabora os conceitos sempre de forma a fazer aparecer as contradições e as mediações, relacionando o universal e o individual, a parte e o todo, o abstrato e o concreto, o superficial e o profundo (BUENO, L. B., 2007, p. 14, grifos meus)

Assim, este estudo buscou compreender os problemas relativos à formação e ao trabalho dos ACS em sua historicidade, como produtos da ação humana, buscando explicitar e analisar as contradições e mediações socialmente produzidas, considerando as especificidades e generalidades possíveis, assim como identificando as formas assumidas pelas diferentes concepções que disputaram a formulação da política de formações dos ACS.

A Política de Atenção Básica e a Qualificação Profissional dos ACS na Saúde da Família

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), criado em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, ganharam, a partir de 1997, com a publicação da portaria n. 1.886 (BRASIL, 1997a), o caráter explícito de estratégia de reorientação do modelo assistencial, o que vinha se desenhando desde 1996 e já se expressara em dispositivos previstos na Norma Operacional Básica de Saúde de então (NOB/96) (MATTOS, 2002). Integrados, esses programas passaram a compor a estratégia saúde da família, principal política no campo da atenção básica em saúde, que passou a estabelecer as diretrizes para a sua reorganização.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006a, p. 10), a atenção básica à saúde no Brasil:

(...) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Compreender a saúde da família como estratégia significa, assim, compreendê-la como o vetor que promove a organização da atenção básica segundo os princípios mencionados, por meio de mecanismos indutivos, es-

pecialmente financeiros, que dirigiram a adoção desse modelo por parte dos municípios brasileiros².

A saúde da família tem sido também a principal estratégia de ampliação de cobertura do SUS, buscando instituir-se como a principal porta de entrada para o sistema e alcançando populações em situação de difícil acesso à atenção à saúde, como aquelas localizadas em meio rural e as comunidades residentes em áreas urbanas marginalizadas, desprovidas de equipamentos públicos de atenção à saúde e, com frequência, expostas à violência urbana.

Entre os parâmetros estabelecidos por essa estratégia no âmbito do governo federal, que pautam os incentivos financeiros deste nível de governo, destaca-se a composição da equipe de saúde da família que, em sua versão mínima, é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para atender à população da área definida³, tendo, como limite máximo 12 ACS por equipe. Já a versão ampliada da equipe de saúde da família inclui os profissionais da área de saúde bucal⁴.

Os municípios brasileiros podem implementar variações na composição das equipes, diversificando-as conforme suas necessidades, desde que empreendidas com recursos próprios desse nível de governo. Em alguns lugares, por exemplo, encontram-se grupos de técnicos especialistas que assessoram essas equipes, como, por exemplo, psicólogos e psiquiatras, na área da saúde mental.

Nessa estratégia, o Pacs passa a ser considerado uma etapa transitória para o PSF, devendo ser implantado somente onde não for ainda possível implantar o PSF e sendo composto por um enfermeiro que supervisiona um grupo de até trinta agentes comunitários de saúde⁵. Nesse sentido, o Pacs é pensado como parte de

² Por exemplo, o Piso de Atenção Básica (PAB) é composto de uma parcela fixa e outra parte variável. A parte fixa destina-se a todos os municípios, enquanto a parte variável é concedida aos municípios que adotarem as chamadas estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde, entre elas, saúde da família, agente comunitário de saúde e saúde bucal (organizadas segundo a lógica do Saúde da Família).

³ Cada equipe de saúde da família é responsável por uma área geográfica definida, abrangendo de seiscentas a mil famílias cadastradas ou, no máximo, quatro mil habitantes.

⁴ Em 3 de março de 2008, o Ministério da Saúde publicou a portaria n. 2.112 (BRASIL, 2008a), pela qual cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), integrados por profissionais de diferentes áreas, que devem atuar em parceria com as equipes de saúde da família. O objetivo da criação dos Nasf é ampliar a abrangência da atenção básica e o escopo das ações oferecidas nesse nível de atenção. Sendo muito recente a sua criação, ainda não podemos comentar sobre a sua implantação e o seu funcionamento.

⁵ No Pacs, cada ACS é responsável por um contingente que pode variar de cem a 250 famílias ou a, no máximo, 750 pessoas na sua área de atuação.

uma estratégia de organização da atenção. Entretanto, deve-se levar em conta o fato de que o incentivo do Pacs foi utilizado tanto em lugares onde os ACS integram as equipes do PSF quanto onde o Pacs é implantado de forma isolada.

O terreno no qual emergiram as questões para essa investigação formou-se no âmbito das políticas envolvidas nas definições quanto à organização da estratégia saúde da família, especialmente no que diz respeito às formas de contratação, acesso, vínculo e formação da força de trabalho que integra a equipe de saúde da família, em relação ao modelo de atenção que se pretende implantar.

Neste livro, busco, então, compreender como se definiram as políticas de educação e de gestão do trabalho dos agentes comunitários de saúde, que elementos da conjuntura política dos anos 1990 e 2000 estão relacionados a essas políticas e que consequências elas trazem para os agentes comunitários de saúde em relação às suas condições de profissionalização, incluindo as condições de trabalho e formação.

Fagnani (2005) refere-se a um quadro de contrarreformas de caráter liberal e conservador, quando descreve o contexto desfavorável à cidadania recém-conquistada com a Constituição de 1988. As reformas, contudo, diriam respeito às frentes de luta pela estruturação de um Estado de Bem-Estar Social no Brasil, consideradas, assim, reformas progressistas, entre elas, a Reforma Sanitária. Essas reformas tiveram, na Constituição de 1988, um momento muito importante, entre outros motivos, porque a Constituição reconheceu os direitos sociais recém-conquistados, como é o caso do direito universal à saúde, configurado no SUS.

A década de 1990 foi o cenário dessa contrarreforma que, no campo social, significou o processo de desmontagem dos direitos assegurados pela Constituição de 1988. Segundo Fagnani (2005, p. 570):

Os princípios que orientam o contra-reformismo neoliberal na questão social eram antagônicos aos da Carta de 1988: o Estado de Bem-Estar Social é substituído pelo 'Estado Mínimo'; a seguridade social, pelo seguro social; a universalização, pela focalização; a prestação estatal direta dos serviços sociais, pelo "Estado Regulador" e pela privatização; e os direitos trabalhistas, pela desregulamentação e flexibilização.

Mas esse processo não se fez sem resistências. A própria concepção de atenção básica pode ser compreendida como uma tentativa de diferenciação em relação a uma certa caracterização da atenção primária em saúde como um estoque limitado de procedimentos e serviços. Essa tensão se reproduziu na estratégia saúde da família em relação ao escopo da atenção que ela deveria garantir e em suas relações com os demais níveis de atenção.

No desenvolvimento dessa discussão, outras indagações se colocam: que concepções quanto à saúde, à educação e ao trabalho em saúde e, também, quanto ao papel do Estado em relação às políticas de saúde disputaram a formulação dessas políticas? Numa conjuntura em que a condução da política econômica e a reforma administrativa do Estado apontavam para a redução do seu papel de provedor de bens e serviços à população, como se explicaria o desenvolvimento e a expansão de uma política voltada para ampliar a cobertura pública de atenção à saúde?

A primeira aproximação ao problema revelou-nos três elementos: a configuração do escopo do modelo de atenção, a precarização do trabalho nas equipes de saúde da família e a qualificação profissional restrita dos ACS. Estes elementos parecem revelar as ambivalências existentes na realização de uma política de ampliação de cobertura – a saúde da família – numa conjuntura de redução do papel do Estado ou de contingenciamento da oferta pública de saúde.

O primeiro elemento diz respeito às tensões existentes para a redução das possibilidades de atenção à saúde ou do escopo do modelo de atenção, presentes, mais fortemente, na conjuntura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e nos primeiros anos do Programa Saúde da Família. Trata-se do conflito formado, de um lado, pela possibilidade de verter a política de atenção básica na direção de uma política seletiva e focalizada, representada por uma cesta mínima de ações e serviços e voltada para uma população excluída da possibilidade de inserção no mercado de atenção à saúde; de outro lado, pela perspectiva de uma política de atenção básica compreendida como parte de um plano maior e mais abrangente que incluía os demais níveis de atenção, conformando um sistema integrado e contínuo de atenção à saúde, conforme as necessidades da população.

Essas tensões se expressaram nos textos de vários autores, entre os quais, Viana e Dal Poz (1998), que caracterizam a experiência do PSF como a constatação de que "(...) é possível se ter experiências focalizadas dentro do universalismo e, ao mesmo tempo, dado o caráter de algumas práticas, fazê-las instrumentos de (re)organização da política universal" (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 18).

Essa interpretação parece ancorar-se no argumento de o PSF ter se desenvolvido no âmbito do SUS – no qual a universalidade é um princípio fundamental –, mas tendo selecionado áreas e populações expostas a condições de maior risco à saúde. A esse respeito, deve-se notar que o discurso institucional inicial a respeito do Pacs e do PSF, em seus primeiros momentos, apresentava essa perspectiva. Tal perspectiva pode ser encontrada também em algumas grandes cidades, como

é o caso do município do Rio de Janeiro, onde a implantação se deu mais recentemente, priorizando áreas consideradas de maior vulnerabilidade ou risco à saúde. Neste município, isso significou implantar a estratégia saúde da família prioritariamente em áreas populares conhecidas como favelas, onde a situação de desproteção social e de ausência, insuficiência ou precariedade de acesso aos equipamentos urbanos públicos é uma marca das condições de vida e saúde da população ali residente.

Entretanto, o discurso oficial sobre o PSF modificou-se no período compreendido entre 1996 e 1998, assumindo o caráter substitutivo em relação à atenção básica e enfatizando a sua dimensão universal. Mattos (2002) divide a história do PSF em dois grandes períodos, distintos quanto à concepção e à abrangência das diretrizes do programa. O primeiro período compreende a criação do programa e a sua implantação até 1996, quando predominou a concepção de expansão de cobertura e de ampliação do acesso aos serviços de saúde. O segundo período inicia em 1996, quando passa a prevalecer a perspectiva de transformação do modelo assistencial e a saúde da família assume o objetivo de substituir as práticas de atenção básica ditas tradicionais.

Outras nuances do debate dizem respeito à compreensão da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde ou de um sistema de saúde com várias entradas possíveis, porém articuladas e referenciadas entre si. Defrontam-se as concepções de um sistema hierarquizado e regionalizado e as possibilidades de se conceber uma regionalização em rede – não em pirâmide –, onde a complexidade não se expresse em superioridade, mas em complementaridade entre os diferentes serviços (CECÍLIO, 1997; MATTOS, 2007).

O segundo elemento guarda relação com a precarização dos vínculos de trabalho dos trabalhadores da equipe de saúde da família, cujos efeitos se diferenciam conforme a qualificação profissional desses trabalhadores, com especial ênfase no caso dos agentes comunitários de saúde.

A precarização é um problema multicondicionado na conjuntura dos anos 1990 no Brasil, onde se enfrentam diferentes projetos de Estado e sociedade e diferentes concepções do que deve ser público e de como deve se organizar o setor público no Brasil, particularmente que tamanho deve ter esse setor, quantas pessoas ele deve empregar e com que tipo de vínculo. Assim, esse segundo elemento aponta para as interfaces entre as políticas de saúde e as políticas dos demais setores do Estado, como a Reforma Administrativa, por exemplo.

Segundo Lima (2002, p. 3), as relações de trabalho praticadas pelo PSF podem ser percebidas como “típicas de um novo momento, no qual somam-se elementos de avanço na prestação de serviços públicos presentes na lógica do controle social e da participação comunitária, e de recuo na manutenção de relações de trabalho marcadas pela precariedade dos contratos”.

O terceiro elemento aponta para o esvaziamento da qualificação profissional dos agentes comunitários de saúde em contraposição à centralidade do seu papel na estratégia saúde da família. Diz respeito, assim, tanto às condições de contratação do trabalho (salário, vínculo, seleção) quanto aos processos de formação para o exercício da função/profissão de ACS. Trata-se do campo do valor social e técnico atribuído a esse trabalhador e ao trabalho que ele realiza, tangenciado pela compreensão do que seja trabalho em saúde e educação em saúde.

Este livro ocupa-se principalmente desses dois últimos elementos, considerando os seus efeitos na produção de sentidos em torno da educação e do trabalho dos ACS, sem, entretanto, perder de vista a importância das implicações dessa problemática para as questões relativas à reorientação do modelo de atenção à saúde que serve de contexto para essa discussão.

A perspectiva que se pretende adotar na análise desses elementos inspira-se em Machado C. (2006), que desenvolveu estudo sobre três políticas que foram priorizadas pelo Ministério da Saúde durante a maior parte da década de 1990, entre elas, o PSF. A autora adverte que essas políticas têm em comum “(...) a sua expansão em um contexto político-econômico desfavorável que ocorreu sob forte indução federal e levou à adoção de estratégias especificamente direcionadas, com vistas a contornar ou resolver problemas que, na realidade, atingiam o conjunto do sistema de saúde” (MACHADO, C., 2006, p. 46).

Outro ponto comum entre elas foi a necessidade de serem realizados esforços tardios de correção de rumos. Seria este também o caso do problema da qualificação profissional dos agentes comunitários de saúde? Teremos a oportunidade de desenvolver essa questão mais adiante. Antes, porém, cabe ainda notar um outro elemento relativo à situação dos ACS.

A respeito dos desafios e problemas promovidos no decorrer da implantação e do desenvolvimento do PSF, ainda no entender de Machado C. (2007), devem ser consideradas a sua acelerada expansão e a forma como esta estratégia se inseriu na política de atenção básica, concebida com um caráter mais amplo. A

autora afirma que “um primeiro grupo de problemas diz respeito às questões no âmbito de recursos humanos, tanto no que se refere à formação quanto à disponibilidade e formas de contratação e remuneração de profissionais” (MACHADO C., 2007, p. 239).

Machado C. (2007) avalia que, no campo da formação, a principal estratégia voltada para essa questão, os Polos de Capacitação em Saúde da Família, tiveram um foco restrito e um alcance limitado, não conseguindo equacionar as lacunas existentes entre o perfil que se queria para os profissionais de atenção básica e o modelo hegemônico de formação ainda vigente na área da saúde no Brasil.

No que diz respeito às questões geradas no campo da gestão do trabalho, a autora refere-se ao contexto de restrições de gastos com pessoal impostos aos governos pelas leis federais adotadas na década de 1990. Essa situação teria levado às diversas formas de contratação adotadas no PSF, para a inserção dos trabalhadores, que incluem:

(...) cooperativas, terceirizações, intermediação por meio de organizações não-governamentais e universidades, criação de cargos comissionados, algumas vezes sem vínculos trabalhistas estáveis (estatutários ou celetistas), particularmente no que tange aos agentes comunitários de saúde” (MACHADO C., 2007, p. 239).

A seguir, discutirei mais especificamente as questões da gestão da educação e do trabalho dos agentes comunitários de saúde que conformam o estado da arte de sua qualificação profissional.

Trabalho precarizado e formação aligeirada – questões da qualificação profissional do ACS na saúde da família

Pode-se afirmar que a precarização do trabalho na estratégia saúde da família não é exclusividade do agente comunitário de saúde, assim como, no SUS, o trabalho precarizado não é exclusividade da saúde da família. Em 2003, o número total de trabalhadores precarizados no SUS era calculado em torno de 800 mil, correspondendo a quase 40% da força de trabalho do setor (BRASIL, 2003b).

Compreendo essa situação de forma semelhante a Machado C. (2007, p. 240), que adverte que “(...) a gestão de recursos humanos é uma área de tensão entre a agenda expansiva do SUS e a agenda de reforma do Estado

dos anos 90, restritiva aos gastos com funcionalismo e incentivadora de novas parcerias entre o público e o privado, inclusive para a contratação de pessoal”.

Especificamente, na saúde da família, a terceirização tem sido a forma de contratação predominante dos trabalhadores da equipe mínima ou ampliada, sejam estes de nível superior ou médio/elementar. Entende-se por terceirização a retomada dos processos de subcontratação praticados desde o início das relações de produção no sistema capitalista. No meio empresarial, tem significado principalmente a delegação para outras empresas das atividades complementares de uma dada empresa, que passa a concentrar seus esforços na sua atividade principal (LIMA, 2006).

Uma outra forma de terceirização diz respeito às relações de trabalho estabelecidas por meio de contratos flexíveis, que correspondem aos contratos por tempo determinado, por tarefa, por prestação de serviços, mediados por terceiros e, muitas vezes, sem cobertura legal (DRUCK e BORGES, 2002). Esta tem se colocado no setor público de saúde como uma alternativa para a flexibilização da gestão do trabalho, implicando controvérsias administrativas e consequências perversas para os trabalhadores. É o caso das contratações dos trabalhadores terceirizados na saúde da família e, especificamente, dos ACS (CHERCHIGLIA, 1999)⁶.

Há que se notar, porém, que as condições em que se dá a precarização diferenciam-se em relação a esses trabalhadores, assim como os efeitos dessa precarização também são diferenciados conforme a profissão, ou melhor, conforme a qualificação profissional dos trabalhadores, estabelecendo um diferencial importante entre os trabalhadores de nível médio e superior.

Encontram-se diferenças de condições de trabalho também entre os dois principais profissionais de nível superior da estratégia saúde da família – o médico e o enfermeiro. Segundo dados apresentados em 2003, no Relatório do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS (BRASIL, 2003b), 79,1% dos médicos da estratégia saúde da família recebiam remuneração superior a R\$ 3.000,00, enquanto somente 13,2% dos enfermeiros vincula-

⁶ Além das questões de tensão interna ao PSF, não podem ser desconsideradas as questões existentes entre os trabalhadores inseridos na saúde da família e os demais trabalhadores do SUS, entre os quais existe uma diferença de remuneração bastante significativa, em favor dos trabalhadores do PSF, que tem sido justificada pela diretriz de dedicação integral dos trabalhadores ao PSF e viabilizada, em grande parte, pelo incentivo financeiro dado pelo MS (MACHADO C., 2007). Mesmo consideradas as diferenças de carga horária, a discrepância se confirma, criando um padrão muito diferenciado principalmente para os médicos, mas também para os enfermeiros da estratégia saúde da família.

dos à mesma estratégia recebiam um salário superior a este. Na faixa salarial mais alta, a discrepância entre esses profissionais que compõem a equipe mínima da saúde da família é mais crítica: enquanto 38,8% dos médicos recebiam um salário superior a R\$ 4.000,00, somente 1,2% dos enfermeiros atuando nessas equipes recebiam valor superior ao referido.

Para compreender os vários aspectos dessa situação, deve-se considerar o fato de que, ao ser criado o PSF, não se encontrava no mercado o médico generalista que a proposta de trabalho em saúde da família demandava. Essa situação, de um lado, propiciou o desenvolvimento de condições mais vantajosas para esses profissionais que, até hoje, encontram-se em posição mais favorável de obter melhores condições de trabalho e salário, tendo também mais mobilidade para migrar entre municípios em busca de uma melhor remuneração ou carga horária, entre outros aspectos. De outro lado, desenvolveram-se também estratégias especificamente voltadas para a formação desses trabalhadores, tanto para a adequação dos currículos de graduação em medicina quanto para o desenvolvimento de especializações e residências em saúde da família.

Tal quadro acabou reforçando um certo privilégio para a inserção do profissional médico em relação aos demais trabalhadores das equipes de saúde da família, coerente com a lógica médico-centrada de organização da atenção à saúde. Diante dessa situação, mesmo que possamos considerá-la um resultado impremeditado da política de promoção do PSF, não podemos desconsiderar os seus efeitos e as contradições assim geradas. Destarte, uma consequência importante a se ponderar é a perda de potência transformadora da saúde da família em relação ao modelo tradicional de organização da atenção. Até que ponto não acaba sendo reproduzida, na saúde da família, a hierarquização do processo e das relações de trabalho de forma semelhante ao modelo tradicional de atenção à saúde, em contradição com os princípios de trabalho em equipe, presentes nas diretrizes do PSF?

No polo extremo à situação dos médicos, compondo a mesma equipe mínima e, supostamente, exercendo a mesma carga horária (40 horas semanais) dos demais trabalhadores do Saúde da Família, encontram-se os ACS, cuja grande maioria recebia, então (e até hoje recebe), valor equivalente ao salário mínimo.

O agente comunitário de saúde acumula em sua trajetória, desde a criação da função, uma história marcada pela precarização de vínculos e pelo aligeiramento de sua formação. Tomando-se como ponto de referência inicial a criação do Programa de Agentes de Saúde do estado do Ceará, em 1987, somam-se mais de

vinte anos de história durante os quais seis mil mulheres contratadas no Plano Emergencial de Combate à Seca, segundo iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde do Ceará, transformaram-se em 211 mil agentes comunitários de saúde em 2008, ano em que o estudo que originou este livro teve início (BRASIL, 2008b).

Partindo-se da criação em nível nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em 1991 e considerando-se os anos de participação na estratégia saúde da família, uma política nacional, tem-se, em 2008, 17 anos de atuação desses agentes, 12 dos quais como um dos elementos centrais da principal política de reorganização da atenção à saúde no Brasil⁷. Destaca-se, entretanto, que 11 desses anos foram marcados pela inexistência da profissão, criada somente em 2002. Nesse período, foram critérios de seleção dos agentes comunitários de saúde: saber ler e escrever, ter espírito de liderança e solidariedade, idade mínima de 18 anos e disponibilidade de trabalho em tempo integral.

Esses critérios denotam a compreensão hegemônica, até então, de que o trabalho a ser realizado pelo agente comunitário de saúde não exige pré-requisitos no que diz respeito à escolaridade, a não ser quanto às habilidades de ler e escrever, não estabelece pré-condições quanto à formação profissional, mas exige muito em relação à disponibilidade e aos atributos ético-políticos para o desempenho do seu trabalho.

Na portaria n. 1.886, de 1997, que aprovou as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família, nos itens 8.7 e 8.9, referentes à capacitação dos ACS, encontra-se o seguinte:

8.7 - A Capacitação do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde. (...)

8.9 - O conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território (BRASIL, 1997a).

Desde a criação do Pacs em 1991, até o início do período de formulação da política de formação dos ACS em 2003, passaram-se 12 anos durante os quais a formação desses trabalhadores esteve sob a responsabilidade exclusiva do enfermeiro-supervisor, no caso do Pacs, ou teve a participação da equipe de saúde da

⁷ O Programa Saúde da Família foi criado em 1994, mas ganhou o *status* de 'estratégia' de reorganização da atenção básica, com substituição de modelo, a partir de 1996, mais explicitamente em 1997, conforme visto anteriormente.

família, no caso do PSF. Prevaleceu, assim, uma situação de capacitação⁸ em serviço, em condições as mais variadas, a depender da disposição, disponibilidade e preparação, principalmente dos enfermeiros, para o ensino.

Em relação ao conteúdo da capacitação do ACS, a orientação de aproximá-lo dos problemas identificados no território implica um risco importante de redução e instrumentalização da formação deste trabalhador, caracterizando-a como uma preparação para a execução de atividades que buscam resolver certos problemas. Além disso, esses conteúdos acabam variando em função dos problemas locais, dificultando a definição de uma base comum de conhecimento e prática, que possa ser socializada entre todos os ACS.

Esses elementos reunidos caracterizaram a formação predominante dos ACS, como uma qualificação então classificada como de nível básico da educação profissional, portanto, não regulamentada, sem pré-requisitos e que não confere habilitação.

Além disso, se adotarmos a perspectiva de Schwartz (1995) já mencionada, segundo a qual a qualificação profissional reúne três dimensões complementares – a dimensão conceitual, a experimental e a social – que dizem respeito, respectivamente, à formação e à certificação, ao conteúdo real do trabalho e às relações sociais nas quais a qualificação se insere, podemos compreender três aspectos problemáticos da qualificação dos ACS.

Primeiro, temos a não escolarização da formação do ACS, que foi justificada pela necessidade colocada pelo Pacs e pelo PSF de este trabalhador ser representativo da comunidade em que atua. Esta situação denota uma desvalorização da dimensão conceitual da qualificação deste trabalhador e contribui para sustentar a sua baixa remuneração⁹, contrapondo-se à pauta política por uma melhor qualificação dos trabalhadores da saúde, de uma maneira geral.

Segundo, a predominância da capacitação em serviço, utilizada também como estratégia em função da escolarização precária de parte desses trabalhadores, sugere a valorização da dimensão experimental dessa qualificação, que tem sido justificada pela necessidade de se aproximar a formação do trabalhador da realidade do serviço. Porém, ressaltamos que, quando a qualificação se limita à

⁸ Capacitação é um termo adequado para o que se realizava e bastante utilizado nos documentos, à época, para se referir à preparação dos ACS para o trabalho em saúde.

⁹ Segundo dados da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, o salário médio recebido pelos agentes comunitários de saúde contratados no regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) foi de R\$ 476,96, no ano de 2006 (Nescon/FM/UFMG, 2009).

dimensão experimental, sendo predominantemente realizada sem a mediação das instituições de ensino propriamente ditas, “esse tipo de capacitação pode implicar a redução do conhecimento à realização de atividades e extinguir o espaço da escola em favor do serviço” (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007, p. 267).

Por último, temos um outro problema associado ao processo de qualificação do ACS, que é o fato de haver desvio de função desses trabalhadores que passam a se ocupar, em geral, de tarefas burocráticas nos serviços básicos de saúde, conforme demonstra o estudo de Bornstein (2007). Esse desvio resulta de questões relacionadas à organização dos serviços, mas guarda relação, também, com uma certa não valorização do trabalho que o ACS deveria realizar na comunidade e com a não realização de atributos que a formação deveria desenvolver, configurando um campo de conhecimentos e práticas (provavelmente interdisciplinares, dada a intersetorialidade que marca o trabalho do ACS) que especificassem a sua função.

Assim caracterizada, a situação de qualificação profissional dos ACS contrasta com os investimentos públicos direcionados à qualificação de médicos e enfermeiros que contaram com iniciativas como a capacitação inicial, as residências e especializações em saúde da família e os processos de mudança nos currículos de graduação. Os Polos de Capacitação em Saúde da Família foram importantes formuladores e executores desses processos, em parceria com universidades e institutos de pós-graduação. Mesmo o Treinamento Introdutório oferecido aos trabalhadores que ingressavam nas equipes de saúde da família deu-se também de forma variada, tanto no que diz respeito à carga horária, quanto aos conteúdos desenvolvidos, e, em geral, discriminou os trabalhadores em relação ao nível de escolaridade.

Conforme visto anteriormente, esses investimentos se fizeram necessários principalmente porque o PSF foi formulado prevendo a participação de um profissional, o médico generalista, praticamente inexistente, que precisou ser formado. Entretanto, se aplicássemos ao caso dos ACS esse mesmo critério de haver ou não o profissional qualificado para o desempenho das funções que lhe são requeridas no PSF, que resposta obteríamos?

A conclusão a esse respeito depende da nossa posição quanto a haver necessidade de formar os cidadãos recrutados na comunidade para o desempenho das atividades de ACS. Assim, vejamos como parece ter se montado o raciocínio em relação ao médico e ao ACS. Aparentemente inexistiam os médicos qualificados para o PSF, mas havia pessoas que poderiam ser agentes e, alguns criam nisso, por julgar que o agente não precisaria e não deveria ser qualificado.

Portanto, a tensão se faz entre posições diferenciadas acerca do que seja um agente qualificado para o seu trabalho.

Façamos, então, a pergunta que imaginamos. Seria necessário haver formação específica e prévia para um trabalhador: utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua atuação; executar atividades de educação para a saúde; registrar nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos; estimular a participação da comunidade; monitorar situações de risco à família; fortalecer os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas, entre outras atividades pertinentes à função do ACS¹⁰? A resposta obtida é um primeiro diferencial quanto aos posicionamentos a respeito da formação dos ACS. Se esta se faz necessária ou não, e, em seguida, concluindo-se que esta se faz necessária, em que medida, com que características e escopo esta deve ser desenvolvida.

Em 2002, com a criação da profissão de ACS por meio da lei n. 10.507, dois critérios modificaram-se em relação à formação desses trabalhadores: um quanto à escolaridade, o outro quanto à formação profissional. Passa a ser exigido, para o exercício desta profissão, o nível fundamental de ensino e a conclusão com aproveitamento de curso de qualificação básica¹¹, com conteúdo definido pelo MS (BRASIL, 2002a).

É importante notar que essa lei foi precedida por debates e lutas e que sete projetos de lei tramitaram no Legislativo nacional versando sobre a mesma questão (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007). Nesse sentido, a lei n. 10.507 deve ser considerada uma vitória importante, mesmo que parcial, do movimento organizado dos ACS que se fez representar, principalmente, através da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), pressionando parlamentares e gestores pela regularização de sua situação profissional, exigindo os direitos associados ao trabalho e a formação adequada. Essa luta continuou e se fez presente no âmbito do Ministério da Saúde, quando este, premido pela criação da nova lei, passou a dedicar-se à formulação de uma proposta formativa para esses trabalhadores.

Note-se, entretanto, que há autores (CASTRO, VILAR e FERNANDES, 2004) que, apesar de reconhecerem que a lei n. 10.507 foi resultado de muitas discussões, entendem que esta lei representou também uma forma de não se enfrentar

¹⁰ Conforme previsto no decreto n. 3.189 que fixou as diretrizes para a atividade de ACS (BRASIL, 1999a).

¹¹ A partir do decreto n. 5.154, promulgado em 2004, a educação básica passa a se chamar formação inicial (BRASIL, 2004c).

o que seria 'a verdadeira polêmica' objeto dos debates à época, isto é, a questão da vinculação institucional dos ACS¹².

Não se pode negar, entretanto, que essa lei ajudou a promover a necessidade de ação política dos gestores no âmbito do Ministério da Saúde, visando a definir e instituir o processo de qualificação profissional a ser desenvolvido, que se desdobrou no debate sobre carga horária, conteúdos e outros aspectos político-pedagógicos, além de aspectos de gestão e financiamento envolvidos na organização dessa qualificação.

No tocante à vinculação institucional dos ACS, deve ser considerada também a atuação do Ministério Público do Trabalho (MPT), que passou a questionar a forma de seleção e contratação desses trabalhadores, exigindo providências aos gestores da saúde. Lançou-se, então, um foco preciso nas contradições operadas na gestão do trabalho e da educação dos ACS, que passaram a requerer respostas urgentes das instâncias gestoras do sistema.

Esses processos políticos em conjunto conformam uma conjuntura diferenciada em relação à história dos agentes comunitários de saúde que este livro pretende focar e passa a descrever em seguida.

¹² Segundo Nogueira, Silva e Ramos (2000), vinculação institucional é um conceito que compreende tanto a dimensão jurídica, que diz respeito ao regime de trabalho (CLT, por exemplo), quanto a dimensão administrativa da relação institucional, que refere-se à interação das instituições para a gestão do trabalho do ACS (por exemplo, convênio da Secretaria de Saúde com uma associação de moradores).

Configurando uma Nova Conjuntura: o primeiro governo Lula e as questões de RH em Saúde

Entre os marcos da história da profissão dos agentes comunitários de saúde, uma conjuntura se destaca por desencadear processos que produziram debates intensos, trazendo à cena antigos e novos argumentos no campo da educação e do trabalho em saúde e das políticas recentes de reorganização da atenção básica. Destaca-se também por produzir um efeito para o futuro, isto é, por marcar o início, ou um momento fundamental, de processos políticos que até hoje vêm sendo disputados ou têm produzido instrumentos legais e normatizações que são, ainda hoje, objeto de reações e disputa.

Trata-se do início do primeiro governo Lula, quando uma coalizão liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) assumiu a presidência da República e a gestão das instituições do Poder Executivo foi distribuída entre representantes do PT e dos partidos aliados. Num primeiro momento, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação foram liderados por representantes do próprio PT, respectivamente, ministro Humberto Costa e ministro Cristovam Buarque. A composição dos demais escalões desses dois principais ministérios da área social também foi predominantemente feita com pessoas ligadas ao partido líder do governo recém-eleito.

Esse novo contexto político configurava-se por um misto de esperança e crítica, no qual alguns analistas receavam a continuidade do projeto neoliberal, conservador, enquanto outros vislumbravam a possibilidade de mudanças na direção das políticas universais e de um projeto societário incluyente, democrático e mais justo.

Sallum Jr. (2004), analisando a disputa eleitoral de 2002 pela presidência da República, observou que nenhum candidato defendeu a ortodoxia liberal e que houve o predomínio das ideias liberais desenvolvimentistas. Quanto ao PT, este teria se comprometido a manter a linha econômica da gestão anterior e se aproximado de correntes mais ao centro do partido.

Assim, segundo esse autor:

(...) embora a vitória do Partido dos Trabalhadores na eleição para a presidência da República tenha resultado, evidentemente, em mudança da coalizão política governamental, ela não tende a produzir qualquer ruptura na hegemonia liberal estabelecida anos atrás, ainda que haja tensão entre a nova coalizão política partidária que comanda o Estado e a coalizão sociopolítica que o vem sustentando (SALLUM JR., 2004, p. 73-74).

Entretanto, os resultados de administrações petistas em vários municípios do país, onde experiências exitosas foram desenvolvidas, geravam, entre alguns setores considerados progressistas de apoio ao governo eleito, a expectativa da realização dos direitos à saúde e à educação públicas e de qualidade para toda a população brasileira. Essa expectativa incluía a possibilidade de serem atendidas antigas reivindicações ou de serem encaminhadas soluções para uma série de problemas e questões relativas tanto à saúde quanto à educação, em função das quais o PT atuou inúmeras vezes como um porta-voz, aglutinando e articulando forças políticas.

Fiori, à época, chegou a indagar-se se não teria finalmente chegado para o Brasil a hora de “um projeto de desenvolvimento nacional e de uma sociedade mais democrática e inclusiva, dirigida e protegida por um Estado que se aproxime progressivamente do *Welfare State* dos europeus¹³” (FIORI, 2002, p. 4).

No caso específico da saúde, esperava-se a chance de reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde, 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-la até as práticas e o processo de trabalho em saúde. Havia muitas expectativas positivas para 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.

Entre essas expectativas, havia a esperança de que contradições históricas relativas ao trabalho e à educação na saúde, reunidas no que se consagrou como campo dos ‘Recursos Humanos’ em Saúde, pudessem ser enfim equacionadas. Neste campo, dois âmbitos de questões se destacaram e se aproximaram em

¹³ A respeito do *Welfare State* europeu, Kornis e Faria (1997) chamam a atenção para o fato de que este incorporou um ideário que defendia a criação de uma sociedade baseada nos princípios universais e equânimes, onde as políticas seriam definidas tendo como norte a justiça social e o distributivismo.

torno de uma situação-problema, aquilo que poderia ser chamado de uma dívida histórica do Sistema Único de Saúde em relação às políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde.

Essa dívida já era anterior, mas acumulou-se ao longo dos anos de implantação do SUS, compondo-se principalmente de problemas quanto à regulação do mercado de trabalho, à qualificação dos trabalhadores e às condições de trabalho – áreas que careciam de investimentos importantes, conforme sinalizado no relatório da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (Brasil, 1993). Nesse mesmo relatório, já se denunciava a inexistência, na maioria dos municípios e estados e no nível federal, de uma Política de Recursos Humanos explicitamente formulada e que levasse em conta as demandas sociais que se lhe apresentassem.

No marco do SUS, as questões do campo dos 'Recursos Humanos' em Saúde ganharam novos contornos derivados das políticas de descentralização da gestão do sistema e da oferta e organização dos serviços e ações de saúde, principalmente por meio da municipalização. A ampliação dos postos de trabalho¹⁴, notadamente nos municípios, tornou-se uma realidade, assim como a multiplicação das condições de gestão do trabalho nas três instâncias federativas e entre os diferentes municípios.

Além disso, a necessidade de transformação do modelo de atenção¹⁵, uma das bandeiras de luta do Movimento da Reforma Sanitária que antecedeu o SUS, tornou evidente a carência de qualificação dos trabalhadores da saúde em relação às novas concepções e práticas de atenção à saúde que precisavam ser implantadas. A mudança das práticas de saúde exigidas pelo princípio da integralidade, articulando ações preventivas e curativas, buscando contemplar o direito da população ao atendimento de todas as suas necessidades de cuidado, implicava o trabalho interdisciplinar e humanizado, o protagonismo do usuário e a construção de novas bases na relação entre os serviços e a população e entre os profissionais da saúde e os usuários do setor. O despreparo dos diversos profissionais dos diferentes níveis de escolaridade diante desses desafios não tardou a configurar-se como um problema em destaque nas Conferências de Saúde ou nas conferências temáticas.

¹⁴ Tendência contrária observa-se na instância federal que buscou reduzir o quadro de servidores, inclusive com incentivos para a demissão voluntária.

¹⁵ Note-se que a questão do modelo de atenção foi preterida na agenda ministerial até meados dos anos 1990, só ganhando centralidade nos anos 2000. Este fato pode ser interpretado à luz do processo de implementação do SUS num contexto condicionado pela Reforma do Estado, no qual se priorizaram aspectos da gestão, principalmente a descentralização, produzindo uma dissociação entre a discussão de modelo e a discussão de gestão, presente até hoje.

Porém, estruturas centrais, como a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), sofreram um processo de descentralização de suas atribuições, o que acarretou uma perda ou desarticulação do *know-how* acumulado, por exemplo, em anos de combate às endemias. Esse processo não se fez acompanhar, imediatamente, de programas ou iniciativas de qualificação dos quadros municipais que, muitas vezes inexistentes, tiveram de ser recrutados e contratados, conformando um outro eixo de necessidades de qualificação dos trabalhadores no SUS. Novos problemas somaram-se às antigas questões dos RH em Saúde.

Encontram-se ainda sem solução os baixos salários e os salários desiguais – situação particularmente conflitante em unidades municipalizadas do SUS que reuniram trabalhadores de vínculos diferenciados, com condições de salários, carga horária e benefícios bastante desiguais. Da mesma forma, a inexistência ou a inadequação dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) são aspectos notadamente contraditórios, se cotejados com a complexidade do processo de trabalho em saúde.

Esse conjunto de questões insuficientemente tratadas no âmbito das políticas governamentais de Recursos Humanos em Saúde até então, mas amplamente discutidas nos fóruns participativos e nos movimentos organizados do setor, configuraria a dívida histórica do setor saúde com relação a seus trabalhadores.

No documento “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS”, a NOB/RH-SUS (Brasil, 2005a), são destacados a falta de antecedentes de priorização e o tipo de tratamento dado às questões dos Recursos Humanos em Saúde nos processos de Reforma do Estado como uns dos principais problemas a serem resolvidos para que se implante a NOB/RH-SUS.

Na configuração desse quadro de baixa importância das questões de RH na agenda governamental, portanto, devem ser consideradas as ações reestruturantes do Estado brasileiro, concebidas no âmbito da reforma administrativa que atingiu, principalmente, os setores sociais. Desempenharam, assim, um papel importante no agravamento da situação do trabalho no SUS, a desestruturação do aparato de Estado e de suas carreiras ocorrida principalmente na década de 1990 e os constrangimentos impostos à gestão pública pelo contexto de restrição fiscal, no qual se destaca a Lei de Responsabilidade Fiscal¹⁶ (BRASIL, 2003b). O processo de precarização dos vínculos de traba-

¹⁶ Ficou conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal a lei complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, que determina que a despesa total com pessoal no setor público não poderá ser maior do que 50% da receita corrente líquida da União e 60% dos estados e municípios, a cada ano. Anteriormente a essa, houve a Lei Camatta (lei complementar n. 82, de 27 de março de 1995), que inicialmente limitou os gastos com contratação de pessoal em 60% da receita corrente líquida para todos os níveis de gestão.

lho no setor público e, particularmente, no SUS guarda estreita relação com esses elementos da conjuntura política brasileira que marcaram os anos de implantação e desenvolvimento do SUS.

Os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, componentes ético-políticos do SUS, defrontaram-se com os contingenciamentos financeiros e as diretrizes restritivas da reestruturação macroeconômica de contornos neoliberais, expressas na Reforma do Estado e nas iniciativas de redução da face pública e social do Estado brasileiro.

No âmbito deste projeto, compreende-se a Reforma do Estado, em relação ao movimento neoliberal no Brasil cujo pacote inicial, segundo Paulani (2006), incluía reduzir o Estado ao mínimo necessário para garantir as condições do capitalismo, impedindo, entre outras coisas, que este desempenhasse atividades de produção, por meio de ampla privatização das empresas estatais; extinguir a proteção ao trabalho; abrir a economia e liberalizar o funcionamento do mercado.

Em relação ao setor saúde, Campos (1997, p. 19) alerta que “inegavelmente, esta é a contradição central do processo nacional de reforma sanitária. Há, de fato, uma clara dominância do projeto neoliberal no dia-a-dia da ação governamental, apesar de a determinação legal, no caso da saúde, apontar em outro sentido”.

Na correlação entre as forças que defendiam a saúde pública, universal, integral e equânime, e aquelas que defendiam a saúde seletiva, restritiva e com forte ênfase no mercado, um dos resultados contraditórios assim obtidos foi a ampliação da cobertura e dos postos de trabalho que se deu, majoritariamente, no nível básico, sem correspondência com os demais níveis de atenção, e se fez com ampla precarização do trabalho em saúde.

A contradição está em ter havido um aumento significativo dos postos de trabalho na saúde e a ampliação de cobertura, principalmente pela ampliação da atenção básica e mediante a adesão dos municípios à estratégia saúde da família, tendo este aumento sido conduzido sob a égide da Lei de Responsabilidade Fiscal, que limitou os gastos públicos com pessoal e se converteu num importante argumento dos gestores da saúde para justificarem a terceirização do trabalho no setor.

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Em 2003, início do governo Lula, as questões relativas à dívida histórica do SUS em relação às políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde estão presentes quando, no âmbito do Ministério da Saúde, uma importante reestruturação das áreas técnicas e políticas foi feita, reorganizando o organograma da instituição (BRASIL, 2003c). Criou-se, então, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a partir do que, segundo documento da própria SGTES, “o Ministério da Saúde assumiu o seu papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil” (BRASIL, 2003d, p. 1).

Até então, pode-se dizer que o setor dispunha de análises e críticas sobre as questões de RH em Saúde e que estas eram alvo de debates e mobilizações, mas que não havia resposta da parte do governo, ou esta era insuficiente.

Na conjuntura compreendida entre o início de 2003 e meados de 2005, são deflagradas, pela instância governamental, uma série de estratégias para, de alguma maneira, enfrentar a dívida em relação às questões dos Recursos Humanos em Saúde. São retomados, com maior intensidade, debates e disputas por propostas de políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde.

Segundo Vieira (2005), seria possível perceber na esfera federal, nesse momento, a predominância de uma concepção mais ampliada e integrada de gestão e qualificação do trabalho no SUS e um distanciamento em relação à perspectiva tradicional de Recursos Humanos em Saúde. Para se compreender esse deslocamento, é importante localizar a criação da SGTES em um contexto de valorização dos processos de gestão do trabalho em saúde e de resgate de sua importância como política pública, conforme pode ser percebido no próprio texto da NOB/RH-SUS (BRASIL, 2005a), do qual se destacam dois trechos. O primeiro, na apresentação do documento:

Desse modo, este documento ‘Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS’ (NOB/RH-SUS) constitui-se em mais um dos instrumentos produzidos a partir da participação da sociedade organizada, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, recolocando a importância do trabalho para o sistema, a necessidade da valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde (BRASIL, 2005a, p. 13).

E o segundo, na introdução aos princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS: “Para a implantação plena do SUS e para se alcançar os objetivos e metas previstos nos Planos de Saúde das três esferas de gestão, é necessário resgatar a Gestão do Trabalho como um ponto, tema, questão estratégica” (BRASIL, 2005a, p. 35).

Na verdade, a própria criação da NOB/RH-SUS e os debates que a constituíram são expressão da relevância dos temas que compõem o campo chamado de RH em Saúde na conjuntura próxima à reestruturação do Ministério da Saúde e à criação da SGTES. Deve-se notar também que é o ministro Humberto Costa quem preside o Conselho Nacional de Saúde na data em que este delibera pela aplicação da NOB/RH-SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS, e homologa tal decisão¹⁷.

A criação de uma secretaria no âmbito do Ministério da Saúde para tratar especialmente da gestão do trabalho e da educação na saúde parece indicar uma mudança na importância do campo em relação à agenda do governo. Assim como a nova nomenclatura adotada, gestão do trabalho e da educação em saúde, em vez do termo já consagrado, Recursos Humanos em Saúde, parece ser um indício de uma mudança de perspectiva em relação às questões do campo da formação e do trabalho em saúde que afetou o tema desta pesquisa, a formulação da política de formação dos ACS.

A partir de 2003, na nova configuração do Ministério da Saúde sob o comando de Humberto Costa, a gestão do trabalho e a gestão da educação na saúde demarcaram a divisão da SGTES em dois departamentos: o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde (Degerts) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges).

O Degerts assumiu como sua responsabilidade propor, incentivar e acompanhar a elaboração de políticas de planejamento, gestão e regulação do trabalho em saúde em âmbito nacional. Este departamento reconheceu como de sua alçada também a negociação da gestão, regulação e regulamentação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores, visando à estruturação de uma política efetiva de gestão do trabalho nas três instâncias de governo (BRASIL, 2005b).

¹⁷ O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) tomou essa decisão, em sua 136ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, sendo esta imediatamente homologada pelo então ministro Humberto Costa.

O Deges apresentou como sua responsabilidade propor, incentivar e acompanhar a formulação de políticas no tocante à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos diversos níveis de escolaridade e à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população (BRASIL, 2004d).

A demarcação das áreas de educação e gestão em dois departamentos na nova estrutura ministerial é celebrada por Vieira (2005, p. 99) como um marco inaugural de “uma nova forma de organizar as questões do campo que até então se localizavam, com menor visibilidade, na Coordenação de Políticas de Recursos Humanos¹⁸”. Segundo a autora, o redesenho da instância federal expressa uma perspectiva que aproxima as temáticas que compõem as áreas de Recursos Humanos em Saúde, ao mesmo tempo que compreende de forma mais abrangente a categoria trabalho e a relação trabalho e educação.

O Degerts subdividiu-se na Coordenação-Geral da Gestão do Trabalho em Saúde e na Coordenação-Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde; o Deges subdividiu-se em três coordenações: a Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde, dirigida ao campo da educação superior nas profissões da saúde, a Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde, voltada para a educação profissional de trabalhadores de nível médio da saúde, e a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde, que, em 2005, foi transferida para a Secretaria de Gestão Participativa e Estratégica do MS.

Ambos os departamentos ocuparam-se de problemas históricos de grande importância e se propunham uma agenda positiva que implicava a mobilização de interesses de vários sujeitos políticos e de instituições da esfera do Estado estrito senso e da sociedade civil organizada, conformando espaços para os quais afluíram demandas das mais relevantes no campo das políticas públicas sociais. Entre elas, as questões relativas à gestão do trabalho e à qualificação profissional dos ACS.

Portanto, a conjuntura da gestão Humberto Costa no Ministério da Saúde é particularmente importante para a compreensão dos debates em torno da discussão da gestão do trabalho e da educação dos ACS, não só pelas ações da SGTES, mas também, como se verá mais adiante, pelas ações do Ministério Público do

¹⁸ No desenho da nova estrutura, esta coordenação passou a ocupar-se de atribuições limitadas ao âmbito do próprio Ministério da Saúde.

Trabalho e da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde, principal entidade de organização e representação dos ACS em nível nacional, que tem articulações em nível regional e local.

A essa altura, parece estar bem justificado por que a conjuntura selecionada para este livro principia em 2003. Entretanto, ainda é necessário justificar por que o escopo do trabalho se encerra em meados de 2005. Assim sendo, cabe lembrar que, em meados de 2005, há uma mudança importante na coalizão do governo, no âmbito do Ministério da Saúde, que gerou alterações na condução da SGTES e, conseqüentemente, da política de gestão do trabalho e da educação dos ACS, inaugurando uma nova fase nas políticas da área.

Nesse segundo momento, que se caracterizou pela substituição do ministro Humberto Costa do PT pelo ministro Saraiva Filipe do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), houve alterações na composição dos cargos da SGTES, a começar pelo secretário da pasta e, principalmente, no Deges, o que colocou em cena outros atores.

A maior parte dos atores que assumiram a SGTES a partir daí permaneceram até o momento da realização do estudo que originou este livro, tornando mais difícil a análise das disputas na formulação da política de formação dos ACS, cuja investigação, em geral, requer um certo distanciamento para ser feita. Portanto, a conjuntura em que se localiza esse estudo tem por limite o fim do mandato Humberto Costa no MS, em meados de 2005.

O papel do Ministério Público do Trabalho e da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde

O Ministério Público do Trabalho (MPT) é um ramo do Ministério Público da União¹⁹, instituição de caráter permanente, ligada à função jurisdicional do Estado, mas sem vinculação com o Poder Judiciário ou outro poder do Estado. O MPT é composto pela Procuradoria-Geral, com sede em Brasília, por 24 Procuradorias Regionais e por cem escritórios localizados em municípios do interior do país. Dispõe de orçamento, carreira e administração próprios, possuindo um alto grau de autonomia financeira e administrativa para a sua atuação.

¹⁹ O Ministério Público da União é formado pelo Ministério Público Federal, Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Militar e Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Além do Ministério Público da União, o Ministério Público brasileiro conta também com os Ministérios Públicos dos estados, sendo todos instituições autônomas entre si, que exercem as atribuições estabelecidas pela Constituição Federal e pela legislação específica.

Conforme descrito em artigo recente (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007), o MPT teve um papel importante no processo, ainda em curso hoje, de regularização da vinculação institucional dos ACS, tendo deflagrado uma disputa política e jurídica a partir de 2003, quando instaurou o Procedimento Investigatório n. 160/2003 (BRASIL, 2003a), visando a apurar a forma de contratação dos ACS pelos municípios e estados²⁰.

Entretanto, iniciativas no campo da justiça já vinham sendo tomadas pelos próprios agentes comunitários de saúde, antes da intervenção do Ministério Público do Trabalho. No relatório do Seminário Nacional sobre Políticas de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS, realizado em agosto de 2003, o volume de processos judiciais movidos por esses profissionais, reque-rendo seus direitos trabalhistas, é utilizado como argumento para reforçar a necessidade de se buscar soluções para a situação de ampla precarização das relações de trabalho no SUS. Há que se notar que os ACS impressionam como argumento, uma vez que, já em 2003, eles somavam em torno de 180 mil trabalhadores (BRASIL, 2003b).

Visando a pressionar os gestores locais no sentido de resolver a ilegalidade que caracterizava a situação de trabalho dos ACS, e sem ter como atuar diretamente junto aos municípios, o MPT ameaçou impedir o repasse mensal dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), destinados aos municípios para o pagamento dos salários dos agentes. Essa estratégia repercutiu junto aos gestores estaduais e municipais e ao próprio Ministério da Saúde, tendo ocorrido uma última formalização dessa ameaça em dezembro de 2005, quando uma notificação recomendatória foi enviada pelo MPT ao FNS (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007).

À época, já havia uma série de processos nos Ministérios Públicos nos estados, tendo em vista a situação dos ACS, quando o MPT, através da Procuradoria Regional do Trabalho da 1ª Região, por meio de sua Coordenadoria da Defesa dos Interesses Individuais Homogêneos, Coletivos e Difusos (Codin), instaurou um processo diretamente contra o Ministério da Saúde, conforme relatou Maria Luiza Jaeger, então gestora da SGTES, em entrevista. A partir desse momento, foi estabelecida uma dinâmica de negociações entre o Ministério da Saúde e o MPT, que provocou um movimento de negociação também no interior do MS, principalmente entre a SGTES e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), no tocante às questões relativas aos ACS.

²⁰ No caso do Ceará, os ACS são vinculados à instância estadual.

No correr das negociações entre o Ministério Público do Trabalho e o Ministério da Saúde, chegou a ser firmado o Termo de Ajuste de Conduta (TAC) n. 72/2004²¹, do qual constam, entre outras, a assinatura de Maria Luiza Jaeger, então secretária da SGTES/MS, e de Afra Suassuna, então diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS). Neste TAC, datado de 4 de agosto de 2004, o Ministério da Saúde comprometeu-se a apresentar ao MPT proposta para a regularização dos vínculos empregatícios dos ACS, negociada com os demais entes federativos (BRASIL, 2004b).

Entendendo que os ACS são trabalhadores de caráter finalístico e essencial para o funcionamento do SUS, o MPT propugnava que estes trabalhadores deveriam ter a condição de servidores públicos. Destarte, este ministério passou a defender a seleção desses trabalhadores mediante a realização de concurso público, que era, então, a única forma de ingresso em cargo ou emprego público no Brasil (com exceção das nomeações por meio de gratificação), conforme o inciso II do artigo 37 da Constituição Federal. A posição do MPT visava tanto a regularizar o vínculo desses trabalhadores quanto a garantir a transparência e o caráter público do processo de ingresso dos ACS no SUS.

O tema (ou argumento) do caráter finalístico da atividade desenvolvida pelos ACS no âmbito do SUS denota certa ambiguidade existente nessa conjuntura, quando iniciativas no sentido da regularização do trabalho em saúde começaram a ser tomadas, ou medidas exigindo ou reivindicando essa regularização começaram a repercutir no âmbito dos aparelhos de Estado, como o Ministério da Saúde. Isso porque, nos anos 1990, prevaleceu a posição de que fosse reservada a condição de servidor público àqueles que desempenhassem funções típicas do Estado, isto é, que se ocupassem de atividades de caráter essencial e finalístico em relação a essas funções, mesmo critério utilizado para definir as instituições e os serviços públicos que deveriam manter-se sob a gestão direta do Estado. Debates e disputas políticas importantes deram-se então, em torno da definição do que deveria ser considerada função típica de Estado. Essa querela, mesmo que não tão forte, continuou presente na conjuntura estudada.

Cabe lembrar que, no aparato institucional do Estado, no início do governo Lula, encontravam-se presentes os argumentos a favor e os efeitos da Reforma do Estado no setor público brasileiro desenvolvida principalmente ao longo da década

²¹ Conhecido também como Termo de Ajuste de Conduta, o TAC consiste em um acordo firmado entre o Ministério Público e a parte interessada, cujo descumprimento prevê uma multa e enseja uma ação de execução.

de 1990. Note-se também que posições favoráveis à Reforma estavam representadas na composição das forças políticas que compunham o próprio governo e a oposição, forças estas que tensionavam em sentido contrário ao das iniciativas e medidas tomadas, na conjuntura em tela, visando à desprecarização do trabalho em saúde.

Cabe também notar, conforme lembra Vieira (2007), que a situação de precariedade do trabalho configura-se quando há desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho, constituindo uma irregularidade. A autora afirma que o trabalho precário se caracteriza pela desproteção social do trabalhador, isto é, pelo exercício do trabalho sem os direitos que lhe são correspondentes mediante o contrato firmado. Entretanto, ela também acrescenta que, no caso da administração pública, a proteção social não se restringe ao gozo dos direitos laborais em plenitude, não sendo suficiente, para definir um trabalho como regular, o cumprimento da cobertura social legalmente exigida.

Assim, a situação de contratação dos ACS terceirizada, mesmo por meio de um vínculo que lhes garante os direitos sociais devidos, mediante o contrato de trabalho, pode caracterizar um trabalho precário, uma vez que não tem base legal com o Estado. O trabalhador terceirizado na administração pública, como é o caso do ACS, foi absorvido de forma irregular quando sua admissão contrariou o inciso II do artigo 37 da Constituição Federal, que exige o concurso público para o provimento de cargo nessa administração, conforme indicado anteriormente²². Esses foram os principais argumentos que basearam as ações do MPT na querela sobre o trabalho dos ACS e que ajudaram a compor as tensões que marcaram a conjuntura que se busca configurar nesse estudo.

Em relação ao movimento organizado dos ACS, destaca-se a Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde que representou esses trabalhadores junto aos poderes Executivo e Legislativo reivindicando soluções para as questões de vinculação e formação dos ACS²³.

²² A Emenda Constitucional 51, de 14 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006b), buscou reverter essa situação de ilegalidade, acrescentando os parágrafos 4º, 5º e 6º ao artigo 198 da Constituição Federal, prevendo a admissão de ACS e agentes de endemias mediante processo seletivo público. Essa emenda foi regulamentada pela lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006c), que estabeleceu o regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para esses trabalhadores e definiu as atividades que desenvolvem. Mesmo assim, ainda restam, até hoje, controvérsias e disputas em torno dessas questões.

²³ A Conacs não foi a única forma de representação dos ACS nos fóruns da política de regulação do trabalho na SGTES. Os ACS também estavam organizados em sindicatos filiados à CUT. Segundo Maria Luiza Jaeger, os ACS representam uma base muito disputada pelos sindicatos do setor saúde em função de serem muito numerosos.

Para compreendermos a organização da Conacs, temos o depoimento de Tereza Ramos, agente comunitária de Pernambuco, militante na área da saúde desde a década de 1970, liderança desde a época do Movimento Popular de Saúde e presidente da Conacs em 2008, exercendo seu segundo mandato. Ela teve uma importante participação no processo de encaminhamento e representação das demandas dos ACS sobre vinculação e formação, principalmente junto ao Poder Legislativo, para a aprovação da Emenda Constitucional 51 (EC 51) e da lei n. 11.350²⁴.

Segundo Tereza Ramos, a organização da Conacs seguiu o modelo das organizações de trabalhadores do meio rural, que são muito fortes no Nordeste e que, segundo ela, eram os movimentos de trabalhadores mais próximos dos ACS então. Tereza relata que, em 1992, já existiam federações de agentes comunitários de saúde nos estados, formadas por agentes das Pastorais da Igreja Católica e por agentes do Pacs, e uma associação nacional, o que começou a “ficar esquisito” (*sic*). Então, em 1994, eles transformaram essa associação em confederação, seguindo o modelo principalmente da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag). Em 2008, a Conacs encontrava-se organizada de forma descentralizada, contando com 62 diretores, representantes dos vários estados do país, entre os quais predominam os estados do Nordeste, sendo menor a representação dos agentes comunitários dos estados do Sul e do Sudeste (RAMOS, 2008).

À época do processo de formulação da política de formação dos ACS, a presidência da Conacs foi exercida por Roque Onorato Santos, um agente comunitário de saúde da Bahia, com larga experiência, que esteve presente em várias reuniões e oficinas do processo de formulação da política estudada neste livro e que participou de momentos importantes de denúncia e reivindicação por melhores condições de trabalho e formação dos ACS. Era ele quem exercia a presidência da Conacs quando a lei n. 10.507, que primeiro reconheceu a atividade de ACS como uma profissão, foi publicada.

Destarte, conduzidas pela mobilização e ação política dos agentes comunitários de saúde e pela ação do Ministério Público do Trabalho, e encontrando um

²⁴ Conforme desenvolveremos adiante, a EC 51 acrescentou os parágrafos 4º, 5º e 6º ao artigo 198 da Constituição Federal, permitindo a admissão de ACS e agentes de endemias por meio de processo seletivo público. Já a lei n. 11.350 regulamentou o disposto no parágrafo 5º mencionado e passou a reger as atividades dos ACS e dos agentes de endemias, estabelecendo, entre outras coisas, o vínculo direto entre os agentes e os órgãos ou entidades do poder público.

nicho institucional receptivo na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do MS, as questões relativas aos ACS ganharam espaço na agenda do Ministério da Saúde.

Aqui, a noção de agenda pode ser complementada pela noção de padrões de seletividade discutida por Merhy (2006), a partir da leitura de Offe (1984). Segundo estes autores, o que deve ou não ser objeto de políticas públicas define-se por meio desses padrões de seletividade desenvolvidos pelo Estado:

(...) o Estado desenvolve 'padrões de seletividade', ou seja, desenvolve mecanismos – arenas de decisão, atores formuladores, questões a serem tratadas ou excluídas das agendas de governo, entre outros – que permitem que determinado conjunto de interesses, ou de formulações, consiga 'penetrar' nas esferas de decisão das políticas sociais (...) (MERHY, 2006, p. 47).

No caso dos ACS, isso se deu especificamente a partir de 2003, quando passaram a ter destaque na cena política no setor saúde uma série de questões acumuladas nos anos de implantação da estratégia saúde da família, desde os seus primórdios, localizados na criação do Programa de Agentes de Saúde do Ceará em 1987. São questões relativas à profissionalização da função de agente comunitário de saúde e que convergem para o debate em torno das concepções de educação, trabalho e saúde.

Naquele ano, as iniciativas do Ministério Público do Trabalho e a mudança de gestão no âmbito do Ministério da Saúde, com a criação da SGTES, conforme descrita anteriormente, foram dois marcos institucionais importantes. Ao mesmo tempo, por um lado, no âmbito do Poder Legislativo, projetos de lei tramitavam no Congresso Nacional tendo como objeto questões relativas aos agentes comunitários de saúde (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007). Por outro lado, o movimento organizado dos agentes comunitários de saúde vinha realizando gestões junto ao Ministério da Saúde, à própria SGTES e aos parlamentares que tinham o poder de votar os projetos de lei em tramitação nas instâncias legislativas visando à regularização da profissão de ACS, principalmente em relação à forma de seleção, ao vínculo e à qualificação exigida para a profissão.

Essas questões mobilizaram outros atores – o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e a Rede de Escolas Técnicas de Saúde (RET-SUS) –, que influenciaram a definição da política de formação dos ACS na conjuntura estudada. Tais questões conformaram-se, assim, em objeto de discussão e deliberação em outros fóruns

externos à SGTES, como, por exemplo, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Desse modo, foram se constituindo as principais arenas de disputa no campo da gestão da educação e do trabalho dos ACS, no âmbito do aparelho institucional de Estado e em seu entorno, seja no interior do próprio Ministério da Saúde, nas reuniões e nos fóruns promovidos, nas instâncias de gestão pactuada do SUS, nas reuniões da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS ou nas reuniões entre o MS e o MPT.

Mas foi no âmbito dos fóruns promovidos pela SGTES que este estudo buscou os elementos para a análise das disputas travadas no campo da política de formação dos ACS. A eleição desses fóruns como campo de análise se deu principalmente por dois motivos. Primeiro, por terem sido estes os fóruns em que os documentos do processo de formulação da política foram discutidos de forma mais sistemática; segundo, por terem sido os espaços onde se fez representar um maior número de atores das áreas técnicas do MS, de instituições formadoras e dos próprios ACS²⁵.

²⁵ Além desses motivos, destaca-se também o fato de eu ter participado desses encontros, o que me permitiu produzir registros que me ajudaram a recompor a memória do processo de formulação da política de formação dos ACS.

Disputando a Formulação da Política de Formação dos ACS

A investigação realizada, retratada no presente livro, compôs-se de três passos metodológicos principais, que foram: a busca e a sistematização dos documentos do processo de formulação da política de formação dos ACS apresentados entre março de 2003 e final de 2004; a revisão dos registros das reuniões de discussão da política das quais eu participei, entre março de 2003 e meados de 2005; e a análise do material documental composto dos documentos do processo de formulação da política e dos registros das reuniões citadas.

Os documentos compõem-se, em geral, de textos de propostas que serviram de base a reuniões e oficinas do processo de discussão da política em construção, de atas dessas reuniões e oficinas e de balanços da situação de formação e de trabalho dos ACS, que puderam oferecer a esse estudo o registro do debate em seu curso. Foram selecionados textos que contemplassem pelo menos um de três aspectos: primeiro, a formulação da política de gestão da educação e de gestão do trabalho dos ACS; segundo, a formação dos ACS; e terceiro, o trabalho dos ACS sob o ponto de vista da sua regularização e das suas condições de vínculo.

Eles foram obtidos, principalmente, a partir do acervo pessoal da autora, que guardou e classificou esses documentos desde a sua participação no processo de discussão e formulação da política de formação dos ACS. Este material reunido foi organizado, formando um dossiê, primeira etapa do trabalho de composição da memória do processo de formulação da política de formação do ACS.

Ao longo desse estudo, memória foi compreendida como a sistematização de argumentos e posições que se colocaram no debate da formulação da política de formação dos ACS, a partir dos documentos apresentados e discutidos durante esse processo. Contudo, memória também pode ser compreendida como a capacidade que os atores têm de revisitar o vivido e construir novos sentidos a partir da reflexão e crítica sobre os fatos, emoções e sentimentos evocados no processo de retorno ao passado.

A análise empreendida exigiu também a busca de outros documentos – textos normativos, legislativos, acadêmicos e de outros processos de formulação

política – que possibilitassem o tratamento dos dados coletados na leitura dos documentos do processo de formulação da política de formação dos ACS, visando à contextualização, compreensão e crítica das principais questões suscitadas por estes documentos.

Posso dizer que os documentos foram também classificados quanto à sua autoria e ao seu público-alvo, isto é, a quem o documento se dirige. Nesse sentido, há textos institucionais, leis, portarias e outros documentos oficiais de apresentação de ideias ou propostas de políticas, assim como textos acadêmicos de investigação e análise dos temas. Há ainda outros, híbridos, produzidos por atores de expressão acadêmica e participação na gestão que se colocaram no debate, mas dirigindo-se a audiências distintas àquelas do debate imediato da formulação das políticas.

Em estudos de formulação de políticas, documentos de caráter acadêmico podem tanto auxiliar na construção e compreensão do objeto em estudo como também podem se revelar importantes no processo de formulação da política em estudo. Neste trabalho, isso se deu com a publicação *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – o Agente Comunitário de Saúde* (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000), que forneceu elementos para vários textos apresentados no processo de formulação da política de formação dos ACS, sendo citado ou referido nos mesmos. Devido a sua importância, este documento ganhou um capítulo próprio neste livro. Cabe notar ainda que, de forma complementar, foram analisadas as entrevistas realizadas com alguns dos atores participantes do processo de formulação da política de formação dos ACS²⁶.

Feitas essas considerações, passarei a apresentar os documentos produzidos no processo de formulação da política de formação dos ACS e, ao fazê-lo, buscarei caracterizar as principais questões tratadas nos documentos à luz do cenário político e das tensões existentes no campo da educação e da saúde, ou seja, em relação ao contexto dos documentos em análise.

A maioria desses documentos foi produzida no âmbito da SGTES/MS para a discussão entre os participantes do processo de formulação da política de formação dos ACS, que se desenvolveu no período compreendido entre março de 2003 e julho de 2004, ano em que se publicou o Referencial Curricular para

²⁶ As entrevistas tratadas nesse livro foram feitas com os seguintes atores do processo de formulação da política de formação dos ACS: Tereza Ramos, presidente da Conacs em parte de período estudado e em 2008; Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS; Ricardo Ceccim, diretor do Deges; Simone Machado, coordenadora de Educação Técnica; e Afra Suassuna, coordenadora do Departamento da Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), gestores do MS na época analisada.

Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004e). Trata-se de um período intenso de produção conceitual em torno da formulação de uma política de formação do ACS, no qual o conteúdo e a forma que esta política deveria assumir foram disputados.

Analisei também alguns documentos que, embora produzidos entre 1999 e 2002, estiveram, de algum modo, presentes no debate da formação dos ACS, na conjuntura em estudo. Esse achado da pesquisa reforça a minha perspectiva de que a memória da formulação das políticas de formação do ACS, por definição, não pode se esgotar no período em estudo, guardando relação com um intervalo de tempo mais amplo que, entretanto, não será nosso objeto aqui.

Aliás, usarei a palavra 'memória' para expressar o trabalho de compreensão dos nexos existentes entre as questões relativas à formação dos ACS e as questões no campo da educação e da saúde. Fiz isso por meio de dois eixos principais: 1) eixo transversal, onde trabalhei com os documentos das políticas de educação e de saúde; 2) eixo diacrônico, em que trabalhei com os documentos específicos do processo de formulação da política de formação dos ACS.

Cabe aqui ainda uma nota metodológica sobre a forma de organização dos documentos relacionados à formulação da política de formação dos ACS, a partir de 2003, para o desenvolvimento das análises seguintes. Como já indicado anteriormente, eu pude participar de várias reuniões nas quais as questões acerca da política de formação dos ACS foram discutidas na conjuntura tratada neste livro. Ao longo dessas reuniões, acumulei um acervo de documentos que me foram entregues e que se mostraram, depois de organizados, uma rica fonte para a pesquisa que desenvolvi durante o mestrado.

Para produzir a análise aqui apresentada, aproximei-me desses documentos, seguindo a forma como estes me foram sendo apresentados no processo de debate durante a construção da política, isto é, alguns em conjunto, outros isoladamente, e obedecendo a mesma ordem cronológica. Deve-se notar, também, que alguns destes documentos eram provisórios ou parciais, tendo sido formulados para a discussão, para o processo de debate sobre a política, com os atores que dela participavam. Ao longo da análise, pude identificar ainda que alguns destes documentos mostraram-se mais centrais do que outros, que parecem ter desempenhado um papel complementar em relação àqueles.

De modo geral, os documentos analisados podem ser subdivididos em dois grupos. O primeiro diz respeito aos documentos formulados e/ou apresentados à discussão durante o processo de formulação da política de forma-

ção dos ACS, no período compreendido entre março de 2003 e final de 2004. O segundo grupo é composto por dois textos que são evocados – citados ou referidos – nos documentos do grupo anterior e que influenciaram o processo de formulação política em estudo.

De certa forma, utilizo os documentos analisados neste trabalho para trazer novamente ao debate as questões que estiveram presentes no processo de formulação da política de formação dos ACS e que, de alguma maneira, nele se refletem. Ao fazer isso, me reaproximo dessas questões a partir de um lugar diferenciado, possibilitado pelo projeto de pesquisa e pelos estudos desenvolvidos a partir deste. Foi assim que empreendi a construção da memória do processo de formulação da política de formação dos ACS: retomando as questões oferecidas pelos documentos da política, ressignificando-as por meio da investigação realizada e atualizando-as em relação ao processo histórico que continuou e permanece até o presente. É esta memória que passo a apresentar e discutir a seguir.

Diretrizes para elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde: um documento *a priori*

O primeiro documento analisado, “Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde”, não foi elaborado na conjuntura estudada. Trata-se de um documento produzido em 1999, no âmbito da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS (CGDRH/SUS), ligada à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), e da Coordenação de Atenção Básica (Coab)²⁷, subordinada à, então, Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), ambas do Ministério da Saúde²⁸. Tam-

²⁷ A Coordenação de Atenção Básica era a instância responsável pela coordenação do Pacs e do PSF no âmbito do Ministério da Saúde em 1999. Esta coordenação esteve ligada à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) entre 1998 e 2000, ano em que foi transformada em Departamento de Atenção Básica (DAB) e transferida para a Secretaria de Políticas de Saúde. Machado C. (2007) atribui a essa mudança três possibilidades de interpretação: a primeira, relativa à fragmentação da atenção básica em relação à atenção de média e alta complexidade; a segunda, relativa a uma tentativa de ampliação do PSF ao aproximá-lo de outros programas de saúde coletiva que passaram a integrar o DAB; e a terceira, diz respeito a uma estratégia para evitar muita concentração de poder na SAS e de conferir maior independência e impulso à condução do PSF, favorecendo a sua expansão.

²⁸ Com a reforma de estrutura do Ministério da Saúde, empreendida em 2003, a Secretaria de Políticas de Saúde é extinta e a Secretaria de Assistência à Saúde torna-se Secretaria de Atenção à Saúde e recebe de volta o DAB – medida coerente com a preocupação de se promover a integração entre os três níveis de atenção, reunindo-os sob a mesma secretaria no MS.

bém participaram da equipe de elaboração do documento representantes da Escola de Saúde Pública do Ceará, da Secretaria Municipal de Saúde de Teresina/PI, da Secretaria de Estado de Saúde da Bahia e da Coordenação do Pacs de Betim/MG (BRASIL, 1999b).

Ele foi entregue, junto com outros documentos, aos participantes da primeira reunião em que se colocou em discussão a primeira proposta de formação dos ACS apresentada pela SGTES, em março de 2003. Mais importante do que isto, entretanto, é que ele também se fez presente por meio de trechos que lhe foram reproduzidos literalmente, ou reelaborados, em vários documentos postos em discussão no processo de formulação da política de formação dos ACS no período estudado (março de 2003 a final de 2004), tornando-se, assim, importante para a pesquisa que gerou este livro.

A análise deste documento de 1999 mostrou-se particularmente interessante para o estudo da formulação da política de formação dos ACS pelo fato de este aportar, para a conjuntura compreendida entre os anos de 2003 e 2005²⁹, elementos da conjuntura anterior (década de 1990)³⁰, que ajudaram a conformar a situação de formação dos ACS, sobre a qual tal política buscou intervir. Por este motivo, a análise do contexto deste documento desdobrou-se na análise dos argumentos e princípios que norteavam a condução das questões relativas aos ACS, então, e que se mostraram ativos na conjuntura seguinte.

²⁹ O período em estudo concentra-se entre março de 2003 e final de 2004, quando ocorreram as atividades de formulação da política de formação dos ACS e a produção de documentos a esse respeito. Entretanto, a conjuntura desse processo conforma um período maior (março de 2003 a meados de 2005), abrangendo a gestão de Maria Luiza Jaeger à frente da SGTES, que corresponde à gestão Humberto Costa no MS.

³⁰ A conjuntura de 1990, aqui, refere-se aos governos Collor/Itamar e Fernando Henrique Cardoso que, apesar de apresentarem características diferentes, foram permeados pelo ideário neoliberal, no plano político-econômico, e pelas reformas reestruturantes do Estado, com especial destaque para os dois mandatos de Fernando Henrique, quando este ideário se consolidou e as principais mudanças legais e político-administrativas se operaram (NEVES, 2004). Tal distinção, entre a década de 1990 e a conjuntura estudada, não isenta o governo Lula de críticas no sentido da continuidade em relação às orientações da política macroeconômica e da preservação de interesses privados e de configuração liberal e neoliberal, representados nas alianças políticas firmadas. Entretanto, no início do primeiro mandato do atual presidente, alguns setores 'respiravam' ares de mudança, de resgate de princípios públicos e de diretrizes universalizantes. Era o caso da saúde e da educação, conforme descrito em seção anterior neste livro.

O texto no contexto da saúde e da educação

O referido documento foi formulado numa conjuntura em que se deu a segunda fase de expansão do Programa Saúde da Família (1998-1999)³¹, quando este passou a abranger, além dos municípios de pequeno e médio porte, também os de grande porte³². Nesse momento, enfatizaram-se os objetivos de reorganização da atenção e de mudança do modelo, conforme nos lembra Machado C. (2007). Havia, então, um processo de intensa institucionalização no PSF, no qual se destacam:

- a publicação da portaria n. 1.886, em 1997, que aprovou as normas e diretrizes do Pacs e do PSF e definiu as atribuições dos ACS e dos enfermeiros instrutores/supervisores;
- a configuração dos Polos de Capacitação em Saúde da Família como espaços de formação dos trabalhadores em saúde da família, a partir de 1997;
- a mudança no financiamento da atenção básica, em 1998, quando é implementado o PAB fixo, mecanismo *per capita*, e o PAB variável, no qual se institui um mecanismo de incentivo especificamente voltado para o financiamento do Pacs/PSF³³;
- a realização do primeiro Pacto da Atenção Básica³⁴, também em 1998, quando os gestores das três instâncias passaram a pactuar a gestão da

³¹ Machado C. (2007) trabalha com quatro fases de condução do PSF pelo Ministério da Saúde: a fase precursora (Pacs) de 1991 a 1993; a fase de implantação inicial em 1994; a 1ª fase de expansão de 1995 a 1997; a 2ª fase de expansão entre 1998 e 1999; e a 3ª fase de expansão entre 2000 e 2002. Neste trabalho, a autora alude à existência de outras formas de periodização do PSF, mas eu optei pela proposta apresentada pela própria, em função de esta considerar: a relação entre a vinculação administrativa do PSF no Ministério da Saúde, os mecanismos de transferência de recursos, a expansão da cobertura alcançada pelo programa, as regiões cobertas, as características dos municípios abrangidos, os objetivos enfatizados e as estratégias acopladas ao PSF.

³² Logo em seguida, a partir do ano 2000, dá-se o estímulo à expansão do PSF nos grandes centros urbanos.

³³ Os componentes fixo e variável do PAB foram criados no âmbito da NOB 96 e estabeleceram incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Pacs e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento da atenção básica e, particularmente, desses programas. Deve ser registrado que os recursos dirigidos ao Pacs e ao PSF foram, durante muito tempo, transferidos por meio de convênios, o que determinou uma série de atrasos de pagamentos e descontinuidade de serviços.

³⁴ O Pacto de Indicadores da Atenção Básica consiste na negociação, entre gestores das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), das metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados, permitindo a avaliação e o monitoramento da atenção básica no âmbito do SUS (BRASIL, 2003e).

atenção básica e se produziu o “Manual da Atenção Básica”, com orientações e diretrizes para a reorganização desse nível de atenção;

- a adoção do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), um instrumento de gestão concebido especialmente para o PSF, em 1999;
- a publicação do decreto n. 3.189, que fixou as diretrizes para o exercício da atividade de ACS, também em 1999, mesmo ano da composição do documento em análise³⁵.

Essa intensa institucionalização em torno da saúde da família, especialmente no que diz respeito à definição das atribuições dos ACS e das diretrizes para o exercício das atividades deste trabalhador, ajudam a explicar a realização de um documento voltado a “orientar/colaborar com as instituições de ensino na elaboração de programas de qualificação e requalificação dos ACS” (BRASIL, 1999b, p. 5).

Entretanto, tal objetivo assim descrito parece revelar uma outra questão importante presente no documento, além da apresentação de uma proposta de formação para os ACS. Trata-se da referência às instituições de ensino que é, no mínimo, digna de nota, tendo em vista que a capacitação³⁶ dos ACS, à época, era atribuição do enfermeiro-supervisor, no caso do Pacs, e da equipe de saúde da família, no caso do PSF.

Deve-se notar que, mesmo na conjuntura estudada, posterior a esta, a participação das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no processo de qualificação dos ACS não estava dada; ao contrário, foi algo que se definiu ao longo do processo de formulação da política, não sem oposições, conforme veremos mais adiante.

Esta segunda questão presente no documento parece ser a tentativa de atribuir às instituições formadoras, particularmente às ETSUS, um papel na formação dos trabalhadores ACS, o que me parece bastante oportuno e necessário devido à, então, recente institucionalização dos Polos de Capacitação em Saúde

³⁵ Foi em 1999 que também teve início o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que visava à qualificação de trabalhadores de enfermagem (formação de auxiliares e técnicos de enfermagem). Esse programa tem um aspecto importante ao representar um esforço tardio de qualificação de mais de duzentos mil trabalhadores de enfermagem inseridos nos serviços de saúde (públicos e privados), fato que parecia prenunciar o futuro em relação à formação dos ACS que, à época, já somavam oito anos de atuação no SUS, sem uma formação profissional.

³⁶ Lembro, mais uma vez, que capacitação é o termo adequado para o que se realizava e bastante utilizado nos documentos, à época, para se referir à preparação dos ACS para o trabalho em saúde.

da Família. Os polos foram concebidos como espaços de articulação da formação dos trabalhadores da saúde da família e foram constituídos sob a liderança de instituições de Ensino Superior. Neste contexto, a formação dos trabalhadores de nível médio e elementar não se mostrou um tema de muita expressão na pauta política e nas ações promovidas pelos polos e a questão da formação dos ACS carecia de espaço.

Pode-se supor que, tendo sido sistematizadas as atribuições dos ACS na portaria n. 1.886, ratificadas no decreto n. 3.189, tenha surgido, mais claramente para alguns atores, a necessidade de se pautar a formação desses trabalhadores nos Polos de Saúde da Família. Ao fazê-lo, os autores do documento parecem tentar realizar um duplo movimento: apresentar uma proposta de formação para os ACS e, ao mesmo tempo, defender a participação das ETSUS nesse processo³⁷.

Elementos para essa dedução estão presentes em outro trecho do documento em que se apresentam seus objetivos e no qual as referências às instituições formadoras se repetem: “Finalmente, buscando subsidiar os Pólos de Capacitação do PSF, as Escolas Técnicas de Saúde e outras instituições interessadas em desenvolver programas de qualificação e requalificação dos ACS, foram definidas as seguintes competências” (BRASIL, 1999b, p. 7).

Ainda em relação aos objetivos do referido documento, há um trecho que aponta para uma outra questão: “Este documento representa o esforço do serviço em explicitar para os órgãos formadores o tipo de profissional necessário para a implementação das ações de saúde preconizadas pelo novo modelo de atenção básica” (BRASIL, 1999b, p. 8). Na formulação deste objetivo, há o traço de um argumento que perpassa todo o documento, ou seja, a articulação entre o agente comunitário de saúde e a reformulação do modelo de atenção³⁸.

Inicialmente, o texto localiza a relação entre Pacs, PSF e a reorganização da atenção básica – “O Pacs e o PSF constituem, assim, caminhos possíveis no processo de reorganização da atenção básica em saúde” (BRASIL, 1999b, p. 3) – e coloca as duas estratégias como uma “realidade concreta no contexto de mudança de assistência à saúde, deflagrado com a criação do Sistema Único de

³⁷ Deve-se considerar a presença de Izabel dos Santos entre os autores do documento, enfermeira, pessoa de reconhecida importância na luta política pela qualificação dos trabalhadores de nível médio da saúde e entusiasta do papel das Escolas Técnicas do SUS nesse processo.

³⁸ É curioso notar que, ao se referirem ao modelo de atenção que precisa ser transformado, os documentos o qualificam como o modelo hospitalocêntrico, ao qual é contraposto o modelo da promoção, da prevenção e da vigilância à saúde. Não se colocam em questão o modelo biomédico e suas características.

Saúde, em 1988” (BRASIL, 1999b, p. 3). Mais adiante, o documento localiza o papel dos ACS em relação ao processo de reorganização da atenção básica, ressaltando que:

(...) o agente comunitário de saúde passa a desempenhar um importante papel enquanto *elo de ligação entre equipe, serviço de saúde-família/comunidade e, sendo oriundo de sua própria área de atuação, busca garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade*. Além disso, para ser incorporado à equipe de saúde da família, o ACS deve possuir competências básicas, equivalentes ao ensino fundamental, quais sejam: *saber ler e escrever, falar e escutar e desenvolver raciocínio aritmético/matemático* (BRASIL, 1999b, p. 5, grifos meus).

Aparecem elementos importantes do ideário relativo aos ACS no fato de se requerer a este trabalhador que ele seja o “elo de ligação” entre equipe/serviço de saúde e família/comunidade, considerado em relação à baixa escolarização exigida como requisito para que o mesmo ingresse na estratégia saúde da família. A este trabalhador são atribuídas qualidades que os distinguem dos demais, em função de estes agentes serem oriundos das comunidades onde atuam, qualidades estas que justificariam a não necessidade de sua escolarização. Esta origem comunitária do ACS conferiria condições para que este realizasse a missão de recompor o elo entre o serviço/equipe de saúde e a família/comunidade.

É em torno desse ideário que muitas questões se levantaram em relação à formação dos ACS e aos eventuais efeitos desta formação na identidade deste trabalhador e, conseqüentemente, no resultado de seu trabalho. Esta discussão permaneceu e foi retomada no momento da formulação das políticas de formação e de gestão do trabalho dos ACS entre 2003 e 2005, como será analisado nos próximos itens deste trabalho.

Nesse sentido, a análise do documento de 1999, neste item, já explicita que a instituição do trabalhador ACS se dá produzindo um grande contraste entre as dimensões das responsabilidades atribuídas aos ACS (recompor o elo entre o setor saúde e as comunidades) e as dimensões da qualificação (baixa escolaridade, atributos subjetivos) exigida para tal função. Penso que tal contraste guarda relação com processos histórico-políticos mais amplos, e até mesmo anteriores, que conformaram a política de saúde da família na década de 1990 e que geraram condições para que um trabalhador sem escolarização e formação prévia se tornasse o elemento central da principal política voltada para a atenção básica.

Ainda em relação às atribuições ou ao que se espera dos ACS, o documento em tela acrescenta competências profissionais às competências básicas³⁹ dos ACS, correspondentes ao Ensino Fundamental, mas não modifica a exigência quanto à escolaridade desses trabalhadores, preservando a contradição que percebo existir entre o rol de atividades que este trabalhador tem a cumprir, a expectativa de que sua atuação contribua para religar os serviços de saúde e as comunidades e a formação escolar e profissional que lhe é requerida.

Entretanto, o que pode parecer uma contradição óbvia para uns parece uma condição coerente e justificada para outros, que veem nos ACS capacidades intrínsecas, inerentes à sua condição de integrante da comunidade, que podem ser colocadas a serviço do setor saúde e em favor da população que este pretende alcançar com as ações do Pacs e, posteriormente, do PSF. Em torno dessas concepções formaram-se posições distintas quanto à formação dos ACS que marcaram todo o processo de formulação da política de gestão da educação deste trabalhador.

O campo da educação, a partir de meados até o final da década de 1990, também foi marcado por mudanças de caráter no campo normativo, porém, de abrangência maior, uma vez que estas foram efetivadas mediante importantes alterações legislativas. Um marco importante desse contexto foi a aprovação do projeto do então senador Darcy Ribeiro, que passou a vigorar como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB – lei n. 9.394/96) a partir de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), em detrimento do projeto que vinha sendo concebido a partir das lutas pela defesa da escola pública e da educação dos trabalhadores, em articulação com os movimentos sociais e os profissionais da educação⁴⁰.

A LDB foi seguida de uma série de instrumentos legais que vieram no sentido de regulamentar o disposto na lei, como foi o caso do decreto n. 2.208/97 (BRASIL, 1997b), que regulamentou o disposto no parágrafo 2º do art. 36 e os artigos 39 a 42 da LDB, que tratam da Educação Profissional, como também da portaria MEC n. 646/97 (BRASIL, 1997c), que regulamentou a implantação do disposto nos artigos 39 a 42 da LDB e no decreto n. 2.208/97.

³⁹ No artigo 6º, parágrafo único, da resolução CNE/CEB n. 04/99, encontramos a classificação de competências utilizada no documento em tela:

“As competências requeridas pela educação profissional, considerada a natureza do trabalho, são:
I – competências básicas, constituídas no ensino fundamental e médio;
II – competências profissionais gerais, comuns aos técnicos de cada área;
III – competências profissionais específicas de cada qualificação ou habilitação” (BRASIL, 1999c).

⁴⁰ Trata-se do primeiro projeto de LDB apresentado à Câmara dos Deputados em dezembro de 1988 pelo então deputado federal Otávio Elísio.

Criou-se, assim, uma verdadeira trama legal, normatizadora, que foi instituindo a reforma da educação profissional brasileira, operando mudanças entre as quais se destaca a Educação Profissional, com a modularização da educação, o currículo por competências e a separação entre a formação geral e a formação técnica (BRASIL, 2003f).

Segundo o documento base do seminário “Educação Profissional: concepções, experiências e propostas”, promovido pela então Secretaria de Educação Média e Tecnológica (Semtec/MEC)⁴¹, em setembro de 2003, o próprio termo educação profissional foi difundido a partir desta LDB, produzindo uma associação entre o termo educação – tradicionalmente associado à formação geral, evocando valores éticos, sociais e políticos – à formação profissional – mais diretamente atrelada ao mercado e às exigências do mundo do trabalho. Produziu-se, assim, a redução da educação, que teria um sentido mais amplo, à formação profissional, de características mais restritas. Esse reducionismo interpretativo pode ser compreendido como parte de um processo de ideologização da formação dos trabalhadores resultante desta ambiguidade em torno do que se entende por educação (BRASIL, 2003f).

Esse mesmo documento ressalta que essa ambivalência no plano discursivo teve correspondência na prática, nas políticas de governo para a educação, por meio da oferta de cursos divididos em módulos, fortemente segmentados, cujas cargas horárias apresentam grande variação. Destaca também que essas práticas políticas legitimaram-se por meio de argumentos, contidos nas legislações correspondentes como:

(...) à qualificação e a re-profissionalização de trabalhadores, independente de escolaridade prévia (Decreto 2208, Art. 3º, Inc. 1) e o aproveitamento de outras experiências profissionais dos trabalhadores que poderiam ser ‘objeto de avaliação, reconhecimento e certificação para prosseguimento ou conclusão de estudos’ (Portaria 646/97 que regulamentou os artigos 39 a 42 da LDB) (BRASIL, 2003f, p. 13).

A criação de oportunidades de qualificação, independentemente de escolaridade, e a possibilidade de reconhecimento e aproveitamento das experiências de trabalho como etapas formativas, conformaram argumentos que possibilitaram

⁴¹ O decreto n. 5.159, de 28 de julho de 2004 (BRASIL, 2004f), instituiu novo organograma para o MEC, onde não consta a Secretaria de Educação Média e Tecnológica. Nesse organograma de 2004, consta uma Secretaria de Educação Básica, à qual estão ligados o Departamento de Políticas de Ensino Médio e uma Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica, entre outras. O referido decreto já foi revogado também, sendo vigente o decreto n. 6.320, de 20 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007).

a criação de cursos desvinculados de projetos profissionalizantes de maior abrangência e duração, que pudessem corresponder a processos de formação integrados à promoção da escolaridade dos trabalhadores.

Com exceção de poucos programas, os cursos oferecidos estavam desvinculados da questão da escolaridade dos trabalhadores (BRASIL, 2003f), configurando-se, assim, um processo por meio do qual a elevação de escolaridade parece ter sido subsumida numa política de educação profissional onde se impõe a lógica do mercado. Em outras palavras, a preparação para a inserção ou a reinserção dos trabalhadores no mercado de trabalho acaba atendendo prioritariamente às necessidades e aos interesses deste mercado, em detrimento de um plano de formação que priorize o trabalhador em todas as suas dimensões culturais, políticas, sociais, sensíveis e técnicas.

Considerando que, no nosso país, a escolaridade ainda é muito desigual, a sua elevação parece-me ser condição para um projeto de formação profissional que busque ultrapassar os limites estruturalmente estabelecidos na qualificação dos trabalhadores brasileiros. De outra forma, sem um plano que integre a questão da escolaridade à questão da qualificação para o trabalho, não se estabelece um plano de formação dos trabalhadores inserido num projeto maior, universalizante, de educação como um direito de cidadania e condição *sine qua non* para um projeto de sociedade igualitária.

Com relação à proposta de qualificação profissional apresentada pelo primeiro documento em análise neste livro, esta se configura como uma qualificação de nível básico⁴², conforme expresso no próprio documento, destinada “à qualificação e re-profissionalização dos trabalhadores, sendo esta modalidade *livre* de regulamentação pelo Sistema Educacional” (BRASIL, 1999b, p. 5, grifo meu). A esse respeito, vejamos o que diz o decreto n. 2.208/97 da Educação Profissional:

Art. 4º – A educação profissional de nível básico é modalidade de educação não formal e duração variável, destinada a proporcionar ao cidadão trabalhador conhecimentos que lhe permitam reprofissionalizar-se, qualificar-se e atualizar-se para o exercício de funções demandadas pelo mundo do trabalho, compatíveis com a complexidade tecnológica do trabalho, o seu grau de conhecimento técnico e o nível de escolaridade do aluno, não estando sujeita à regulamentação curricular (BRASIL, 1997b).

⁴² Como já vimos, na vigência do decreto n. 2.208 de 1997 (BRASIL, 1997b), essa era a denominação do nível da educação profissional dedicado à qualificação e reprofissionalização de trabalhadores. Após o decreto n. 5.154/2004 (BRASIL, 2004c), esse nível passa a configurar a formação inicial e continuada.

A utilização da expressão 'livre' em relação ao fato de o nível básico da educação profissional prescindir de regulamentação pelo sistema educacional parece ser coerente com a perspectiva então hegemônica, na qual educação profissional costuma resumir-se à realização das metas de qualificação para o trabalho. Contrariamente, vários autores críticos da área de trabalho e educação⁴³ denunciaram essa não necessidade de regulamentação da então educação profissional de nível básico, caracterizando-a como um sintoma da clivagem operada entre a educação profissional e uma perspectiva de educação mais ampla e integradora.

Em acordo com a perspectiva hegemônica, na década de 1990, foram realizados cursos de curta duração, financiados com recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e realizados por instituições governamentais e não-governamentais, com finalidades de ampliar a empregabilidade dos trabalhadores. Esse processo se deu sem a necessidade de estabelecimento de diretrizes nacionais que embasassem um campo comum para a qualificação, desenvolvida por meio do nível básico da educação profissional, e sem o estabelecimento de mecanismos de acompanhamento e avaliação que pudessem dimensionar os resultados da qualificação assim empreendida (RAMOS M., 2005). Tem-se, então, um importante investimento de recursos públicos em propostas diversas e dispersas de qualificação e requalificação para o trabalho, sem a devida mensuração de seus resultados.

Vejamos o que diz Kuenzer (2002, p. 68) a esse respeito:

(...) a oferta generalizada de cursos rápidos de qualificação profissional com os recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador não tem mostrado melhorar as condições de inserção no mundo do trabalho daqueles em situação de risco social geralmente com precária escolarização e precariamente 'socializados', segundo o modelo urbano tecnologicamente desenvolvido (...).

Para configurar melhor a perspectiva dominante no campo da educação profissional no Brasil, na década de 1990, é preciso que eu me detenha e discorra um pouco sobre o termo 'empregabilidade' e as ideias a ele associadas. Empregabilidade é um termo amplamente difundido, principalmente na década

⁴³ Entre os autores críticos do campo do trabalho e da educação, destacam-se Frigotto, Ciavatta, Ramos M. e Kuenzer, em cuja produção recente encontram-se contribuições para a compreensão da situação da educação profissional no Brasil. Em obra coletiva de alguns desses autores (Frigotto, 2002), foram analisados vários aspectos conjunturais e condicionantes da reconfiguração da formação dos trabalhadores ao final do século XX e início do século XXI. Estes aspectos também são estudados na obra de Ramos M. (2005), em que a autora analisa o reordenamento das políticas do MEC na década de 1990.

de 1990, que se refere a atributos que o trabalhador deve desenvolver para manter-se em condições de atender às exigências do mercado de trabalho. Caracteriza-se por atribuir ao trabalhador a responsabilidade por ter ou desenvolver esses atributos, como algo da ordem de um investimento individual, pensamento que, segundo os pesquisadores críticos da área de trabalho e educação, como Frigotto, Ciavatta, Kuenzer e Ramos M.⁴⁴, entre outros, desresponsabiliza o Estado e as políticas públicas. Pode-se dizer que este termo forma um par com o conceito de flexibilidade do trabalho⁴⁵. Associados, os dois termos ajudam a configurar a situação do trabalhador, de quem se exige que se eduque permanentemente e que seja capaz de enfrentar situações não previstas e de responder a problemas variados e complexos (KUENZER; 2002; GENTILI, 2002).

Kuenzer (2002, p. 73) ajuda-nos a compreender melhor essa perspectiva:

(...) a tradicional concepção de qualificação, fundada na aquisição de habilidades técnicas, típica da organização do trabalho segundo o paradigma taylorista/fordista se amplia, passando-se a exigir o desenvolvimento da capacidade de educar-se permanentemente e das habilidades de trabalhar independentemente, de criar métodos para enfrentar situações não previstas, de contribuir originalmente para resolver problemas.

No campo da educação em geral e, particularmente, no campo da educação profissional, como efeito da reestruturação produtiva e resultado da correlação de forças políticas e do processo de produção de ideias, não se permitiu a construção de uma política de formação plena e universal dos trabalhadores. Uma política que, para efetivar-se, precisa articular-se à elevação de escolaridade para além do Ensino Fundamental⁴⁶ e integrar a formação para o trabalho com uma perspectiva de formação humana, geral, que compreenda a técnica como um aspecto entre as diversas áreas do conhecimento humano.

⁴⁴ Essa crítica pode ser encontrada em vários textos desses autores, em cuja obra destaco: Frigotto (2002, 2005), Frigotto e Ciavatta (2002a), Frigotto, Ciavatta e Ramos M. (2008) e Kuenzer (1997).

⁴⁵ Machado L. (1998) associa a noção de empregabilidade também à noção de competência. Segundo a autora: "O conceito de empregabilidade tem sido utilizado para referir-se às condições subjetivas da integração dos sujeitos à realidade atual dos mercados de trabalho e ao poder que possuem de negociar sua própria capacidade de trabalho, considerando o que os empregadores definem por competência" (MACHADO L., 1998, p. 18-19).

⁴⁶ Segundo princípios difundidos pelo Banco Mundial, o financiamento público da educação deveria concentrar-se no Ensino Fundamental, ideário que repercutiu no Brasil, principalmente no governo Fernando Henrique Cardoso, que priorizou a universalização do Ensino Fundamental, sem que houvesse uma melhora efetiva dos indicadores a ele relacionados (RAMOS M., 2005; FRIGOTTO e CIAVATTA, 2003, 2004).

Em Ramos M. (2005), encontramos a síntese de algumas questões que caracterizam bem o quadro promovido pela política de educação profissional no Brasil, na década de 1990 e no início dos anos 2000, que pode ser configurado como uma situação de expansão da formação profissional, porém na dimensão do trabalho simples⁴⁷:

Os cursos técnicos com organização curricular própria e independente do ensino médio – modelo instaurado pela reforma da educação profissional e média realizada durante o governo FHC – vieram a se constituir na forma de preparação para o trabalho simples em nível médio. No nível fundamental, a preparação para o trabalho passou a ser realizada em massa, por meio dos cursos de qualificação profissional. Esses, menos do que formar, têm funcionado como mecanismos de dissimulação do grave quadro de desemprego no país, pelo formato de uma ideologia de responsabilização individual dos trabalhadores por sua condição de desempregados (RAMOS M., 2005, p. 35).

Frigotto e Ciavatta (2002b) destacam a necessidade de se distinguir a Educação Escolar Básica da Formação Profissional Continuada, uma vez que a primeira consiste num direito social fundamental que não deve ser imediatamente vinculado às demandas da produção e do mercado e a segunda, ao contrário, tem seus vínculos imediatos com as demandas da produção e do mundo do trabalho. Para esses autores, “no ensino médio, última etapa da educação básica, o componente da formação técnica pode ser também profissionalizante, desde que esta finalidade não se cumpra em detrimento das demais finalidades” (FRIGOTTO e CIAVATTA, 2002b, p. 6).

Localizando os problemas dos ACS no contexto da educação e da saúde

No âmbito da saúde, particularmente entre os trabalhadores de nível elementar da saúde, como ainda é o caso dos ACS, essa política de qualificação e requalificação desregulamentada, sem parâmetros, contribuiu para que se continuasse realizando atividades de capacitação e educação continuada, despreocupadas com o processo de profissionalização desses trabalhadores e de elevação de sua escolaridade.

Não se pode deixar de considerar também, especificamente quanto ao trabalho dos ACS, que o Pacs, desde a sua origem vinculado ao Programa Comunidade Solidária, teve um forte componente associado à promoção de postos de

⁴⁷ A compreensão de trabalho simples está desenvolvida no capítulo seguinte deste livro.

trabalho para a população empobrecida; aspecto que remonta ainda mais atrás, à origem do programa no Ceará, no programa de combate à seca. Mesmo que, hoje, na estratégia saúde da família, este não seja exatamente um objetivo desta política, não deixou de ser um resultado social importante por ela promovido. Vejamos o que diz o texto de Nogueira, Silva e Ramos (2000, p. 4) a esse respeito:

Nessa política, está implícito um aspecto muito relevante, que abordamos apenas de forma muito tangencial, que é o referente a seu potencial de impacto sobre a geração de oportunidades de renda e emprego. Se for alcançada a meta do Ministério da Saúde de ampliar o número de equipes de saúde da família para 20 mil, no ano 2002 haverá em atividade no país nada menos que 200 mil ACSs – com maioria de jovens e, sobretudo, de mulheres, que ingressam no mercado de trabalho pela primeira vez, originários de um meio social em que a obtenção de uma renda individual igual ou ligeiramente superior a um salário mínimo representa mais a exceção do que a regra. A magnitude desse número fala por si, e a contribuição que essa política pode dar para a melhoria das condições de vida e trabalho de famílias de baixa renda não é nada desprezível.

No caso do ACS, essas questões, associadas ao nível de escolaridade que lhe é requerido e à sua não qualificação profissional, convergiram para a difusão de uma concepção acerca do trabalho do ACS que o tem caracterizado hegemonicamente como um trabalho simples. Segundo apontam Lima, Neves e Pronko (2006), trabalho simples, em oposição ao trabalho complexo, conforme formulado por Marx, caracteriza-se pela sua natureza indiferenciada, por não exigir uma educação especial para ser realizado, ao contrário, podendo ser executado por qualquer homem comum e suas habilidades.

Deve-se notar ainda que as características do trabalho simples foram se modificando ao longo do desenvolvimento do capitalismo, em função da divisão técnica do trabalho e da hierarquização das funções do trabalho coletivo. Da mesma forma, foram alterando-se as necessidades e as características da formação dirigida para esse tipo de trabalho, passando-se do local de trabalho para a escola, à medida que o caráter predominantemente prático do trabalho simples foi se modificando com o aumento da racionalidade do processo de trabalho capitalista.

Os autores lembram ainda que, em cada formação social concreta, se estabelece um patamar mínimo de escolarização para o trabalho simples, definido em função do desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção. Podemos, então, compreender, sob a análise que este conceito nos oferece, que o grau de complexidade da formação requerida ao trabalho dos ACS e a escolarização

a este associada indicam que o trabalho dos ACS tem sido tratado como um trabalho simples, no contexto das políticas de saúde e de educação e no processo de organização do trabalho em saúde.

Voltando ao texto do documento em análise, “Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde”, a proposta formativa por ele apresentada tem duas características principais: o desenho curricular baseado em competências profissionais e a ênfase na formação em serviço. Boa parte do documento é dedicada a apresentar a conceituação de competências e a metodologia do ensino nelas baseado, e o parágrafo voltado à opção pelo ensino em serviço é dos mais enfáticos, sendo redigido sob a forma de uma recomendação:

Os programas de qualificação profissional devem ser estruturados de tal maneira que os ACS se desliguem o mínimo possível de seu trabalho. Recomenda-se, portanto, que as atividades educacionais sejam descentralizadas, ocorrendo de preferência próximo ao local de trabalho dos ACS. *Atividades que envolvam treinamento em serviço devem ser estimuladas* (BRASIL, 1999b, p. 11, grifos meus).

Em trecho anterior, referente às características gerais dos métodos e técnicas de ensino-aprendizagem, o documento defende a integração ensino-serviço, argumentando que “a teoria deve servir, sobretudo, de apoio e estar integrada à prática” e acrescenta que “o conhecimento essencial deve ser apreendido como suporte para o desempenho de habilidades” (BRASIL, 1999b, p. 10).

Apesar da pretensa defesa da integração ensino-serviço, que pode ser compreendida como outra forma de expressar a integração teoria e prática, nota-se que se reproduz a dicotomia que a integração proposta deveria ajudar a superar. Tal contradição se dá em função de, ao se defender a integração, definir-se uma prioridade da prática (associada ao serviço) sobre a teoria (associada ao ensino, à sala de aula), hierarquizando-as novamente, porém no sentido inverso.

É também digna de nota, no documento “Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde”, a associação entre o currículo baseado em competências profissionais e a possibilidade de se formar trabalhadores capazes de transformar suas práticas e atender às necessidades do SUS. Às competências profissionais é também atribuída a capacidade de vincular a educação com o trabalho e a for-

mação com a realidade, isto é, o conhecimento com a sua aplicação. Vejamos o trecho em que estas relações se explicitam:

No processo de organização do trabalho das equipes do PSF, o desafio de preparar profissionais adequados às necessidades do SUS exige a definição de um novo perfil de qualificação para os ACS, onde sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem. Isto implica que os programas de preparação destes trabalhadores deverão adotar uma ação educativa crítica e automatizadora, capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções (BRASIL, 1999b, p. 6).

Duas questões me parecem ser importantes para que possamos compreender alguns elementos atribuídos ao currículo por competências nesse documento. Primeiro, é o fato de o enunciado que defende o currículo por competências reunir educação crítica e automatizadora. Estes são dois atributos que apontam em sentidos bastante distintos: a educação crítica, para a reflexão, a compreensão e a capacidade de opinar, de criticar; a automatização, para o caminho da assimilação, da repetição, da capacidade de tornar automáticos movimentos, atitudes etc.

A automatização e a crítica são elementos que podem fazer parte do processo de ensino-aprendizagem e têm finalidades a cumprir na educação, mas a sua reunião de forma tão linear acaba por borrar as especificidades dos processos que estes põem em ação e os resultados que visam a alcançar.

A segunda questão diz respeito à referência à realidade das práticas e às transformações políticas, tecnológicas e científicas, como se à prática ficasse reservado o âmbito da realidade e as transformações fossem operadas num âmbito distinto, na política, na tecnologia e na ciência. Essa separação acaba reforçando a ideia de que as práticas são a dimensão do real no trabalho em saúde e que as transformações se operam primeiro no âmbito da política, da tecnologia e da ciência, como se estes não fossem dotados de realidade ou não ajudassem a produzir ou a perpetuar a realidade conformada nas práticas de saúde.

De certa forma, um problema que imediatamente resulta dessa formulação é o apelo a uma metodologia de ensino-aprendizagem, especificamente de organização curricular, como é o caso das competências profissionais, para que se alcancem os objetivos de transformação da formação dos profissionais da saúde.

Nesse apelo, parece haver uma sobrevalorização do método sobre as finalidades da formação e uma simplificação das questões ético-políticas que

parecem indicar o caminho da proposta formativa, ou seja, a adequação às necessidades do SUS e do modelo de atenção proposto na saúde da família. As ditas necessidades do SUS e do modelo de atenção, para os quais se almeja uma melhor preparação dos trabalhadores da saúde, ao mesmo tempo que são dados de realidade e de transformações políticas, são objetos de disputas e conflitos cuja complexidade não pode ser resumida na antinomia entre realidade prática e transformações políticas e/ou técnico-científicas.

Quanto às competências propriamente ditas, no documento “Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde” são apresentadas oito competências profissionais para os ACS (BRASIL, 1999b), a saber:

- **Competência 1 – Trabalho em equipe**

Capacidade de interagir efetivamente com outras pessoas, em bases individuais e em grupo, compreendendo o significado do trabalho em equipe, o seu papel e o sentido da complementariedade das ações no trabalho em saúde.

- **Competência 2 – Visita domiciliar**

Capacidade de identificar a família e seu espaço social como núcleo básico para desenvolver ações de promoção e monitoramento da saúde e prevenção da doença.

- **Competência 3 – Planejamento das ações de saúde**

Capacidade de participar com a equipe de saúde do processo de planejamento das ações de saúde no âmbito da sua área de abrangência, com base no conhecimento da realidade socioeconômico-cultural e do perfil epidemiológico da população, com enfoque estratégico.

- **Competência 4 – Promoção da saúde**

Capacidade para participar da promoção da saúde na sua área de abrangência através do desenvolvimento do trabalho educativo, do estímulo à participação comunitária e do trabalho intersetorial, com objetivo da melhoria da qualidade de vida.

- **Competência 5 – Prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente**

Capacidade de executar ações de prevenção e monitoramento, dirigidas às situações de risco para a população, conforme planejamento da área de abrangência.

- **Competência 6 – Prevenção e monitoramento de grupos específicos**

Capacidade de executar ações de prevenção e monitoramento definidas pelo planejamento, dirigidas a grupos específicos.

- **Competência 7 – Prevenção e monitoramento das doenças prevalentes**

Capacidade de desenvolver ações de prevenção e monitoramento das doenças prevalentes na sua microárea, conforme protocolos definidos.

- **Competência 8 – Acompanhamento e avaliação das ações de saúde**

Capacidade de participar do acompanhamento e da avaliação das ações de saúde com enfoque participativo, no âmbito de sua área de abrangência, com base nas análises dos dados coletados e consolidados e utilizando indicadores definidos no plano de ação.

É interessante notar que estas competências listadas no documento de 1999 seguirão sendo a base das competências apresentadas no “Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, publicado em 2004, demonstrando que as ideias presentes neste documento continuaram a influenciar a formulação da política na conjuntura 2003-2005, conforme poderemos ver ao longo da análise dos demais documentos.

Pode-se notar que a maior parte das competências então atribuídas aos ACS poderiam ser destinadas a todos os trabalhadores da equipe de saúde da família, o que dificulta a apreensão da especificidade do trabalho do agente comunitário de saúde e acaba compondo um par com a origem comunitária deste trabalhador. É como dizer que o ACS fará isso tudo de um modo próprio, em função da sua origem comum àqueles a quem o seu trabalho visa.

Isso tem sido suficiente para justificar a existência desse trabalhador e das atividades que realiza na estratégia saúde da família, mas mostrou-se um problema quando se pretendeu formular uma política específica de formação que pudesse contribuir para um processo de profissionalização do ACS e da função por ele exercida. A origem comunitária e a identidade social assim produzida para o ACS tornaram-se argumentos limitantes para o desenvolvimento de propostas de formação para este trabalhador que implicassem elevação de escolaridade e maior aporte de conhecimento técnico-científico, tal como veremos adiante. No do-

cumento de 1999, a cada uma dessas competências foram associadas habilidades e enumerados conteúdos. Entretanto, não foi proposta carga horária para esse currículo, nem definidas estratégias de financiamento ou atribuições entre as instâncias de governo.

Trata-se de um rol extenso de competências correspondendo a uma gama de conhecimentos na área da saúde que poderiam caracterizar a formação de um sanitarista. Porém, com um enfoque mais diretamente voltado para a prática de prevenção e promoção da saúde, instrumentalizada para a atuação junto aos domicílios, realizando rotinas de produção de informação, vigilância à saúde, monitoramento, encaminhamento e acompanhamento de situações de risco e de comprometimento da saúde de indivíduos e de grupos.

Quanto aos docentes, também chamados de instrutores, encontra-se no documento em análise uma referência à necessidade de as instituições de ensino definirem estratégia de estímulo e preparação desses profissionais, visando a complementar sua formação inicial. A esse respeito, entretanto, o documento não fornece maiores detalhes de como seria essa formação, não se referindo à carga horária, nem a outros aspectos.

No âmbito desta pesquisa, não foi possível obter informações que permitissem qualificar este documento em relação a: de quem foi a iniciativa de produzi-lo, a quem se destinava (seu auditório) e qual a intenção manifesta do documento (falada ou escrita a respeito deste, e não colhida no próprio documento). Entretanto, pude percorrer os caminhos apontados pelos indícios deixados pela presença deste documento nos documentos posteriores e estabelecer as relações com os acontecimentos nos campos da educação e da saúde, particularmente da educação profissional e da saúde da família.

Cabe notar ainda que os trechos deste documento que mais se repetem nos documentos posteriores, relativos à política de formação dos ACS, são aqueles que se referem à caracterização da qualificação dos ACS em relação ao nível básico da educação profissional e ao conceito de competências profissionais.

Primeiras aproximações: legado da gestão anterior e exigências da lei n. 10.507, de julho de 2002

Em 2003, aconteceu a primeira reunião no Ministério da Saúde para discutir a questão da formação dos agentes comunitários de saúde sob a coordenação da SGTES, com a participação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

da Fiocruz (EPSJV/Fiocruz), de técnicos do DAB transferidos para a SGTES⁴⁸, de integrantes do Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profiae) e de representante da Funasa. A conjuntura havia, então, se modificado em relação àquela em que o documento de 1999, “Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde”, anteriormente analisado, havia sido produzido.

No campo da educação, especificamente da Educação Profissional, são promovidos pelo Ministério da Educação, com apoio de intelectuais e militantes do campo do trabalho e educação, esforços no sentido de reconfigurar as bases políticas e normativas para a educação tecnológica e o sistema nacional de formação profissional continuada.

Entre as medidas do Ministério da Educação nesse período, destacam-se os estudos e as negociações para a revogação do decreto n. 2.208, o que aconteceu pela publicação do decreto n. 5.154, em julho de 2004, restabelecendo a possibilidade de integração curricular dos ensinos médio e técnico (BRASIL, 2004c). Essa medida, entre outras, pode ser tomada como expressão dos compromissos representados pela equipe que assumiu o Ministério da Educação, com especial destaque para a então Secretaria de Educação Média e Tecnológica⁴⁹, cuja disposição parecia ser a de recompor as diretrizes públicas da política de educação profissional e tecnológica e cujos esforços concentraram-se no breve período que durou a gestão de Cristóvam Buarque à frente do MEC.

No campo da saúde, especificamente no que tange aos agentes comunitários de saúde, sentiam-se os efeitos da promulgação da lei n. 10.507, de julho de 2002, que carecia de regulamentação. A lei que criou a profissão dos ACS exigiu desdobramentos no sentido da formação desses agentes, assim como, uma vez criada a profissão, tornaram-se mais agudos os problemas relativos à gestão do trabalho dos ACS.

⁴⁸ Com a reestruturação do Ministério da Saúde, em 2003, as funções de gestão do trabalho e da educação dos trabalhadores da saúde passaram a ser responsabilidade da SGTES, conforme já visto antes neste livro. Em função disso, alguns técnicos do DAB, responsáveis pela área de formação na atenção básica, foram compor a equipe do Deges/SGTES, conforme veremos mais adiante.

⁴⁹ Compunham a Semtec/MEC: Antonio Ibañez Ruiz, secretário; Ivone Maria Elias Moreyra, diretora de Educação Profissional e Tecnológica; Aldo Silva Arantes, diretor executivo do Programa de Expansão da Educação Profissional; e Marise Nogueira Ramos, diretora de Ensino Médio, um grupo composto de biografias individuais que somam militância política e acadêmica em favor da educação pública.

Como vimos, no campo institucional, além da lei n. 10.507, deve ser considerada também a atuação do Ministério Público do Trabalho (MPT), que passou a questionar a forma de seleção e contratação desses trabalhadores, exigindo providências aos gestores da saúde, sob a ameaça de suspensão de repasse de recursos e outras medidas coercitivas.

No campo dos movimentos sociais, é preciso reconhecer a participação dos agentes comunitários de saúde que atuaram junto ao Poder Executivo, particularmente no âmbito do Ministério da Saúde, assim como junto ao Poder Legislativo, exercendo um intenso trabalho de convencimento dos parlamentares pela aprovação dos projetos de lei que visavam à regularização do trabalho dos ACS.

Neste contexto, no início do mandato Lula e da gestão Humberto Costa no Ministério da Saúde, sob a alegação das necessidades geradas pela lei n. 10.507/2002, sob a pressão do movimento organizado dos ACS e da atuação do MPT, começaram a ser promovidas as primeiras reuniões no âmbito do Ministério da Saúde, com a coordenação da SGTES, para tratar de uma proposta de formação para os profissionais ACS, recém-instituídos como tal.

Cabe lembrar que um dos primeiros atos do Ministério da Saúde, na gestão Humberto Costa, foi promover uma significativa mudança de estrutura interna, quando foi criada a SGTES, que, como vimos, passou a se responsabilizar pela política de gestão do trabalho e da educação em saúde. Nesse processo, o DAB foi particularmente afetado, uma vez que havia toda uma equipe responsável pela formulação e coordenação dos processos de formação na atenção básica, particularmente na estratégia saúde da família. Isso significou inclusive a transferência de técnicos do DAB, que trabalhavam com a formação em saúde, para compor a equipe da SGTES. Além disso, os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família foram reconfigurados, deixando de existir como espaços de articulação da formação em saúde da família, sendo reinventados no âmbito da política de educação permanente, formulada pela SGTES, como Polos de Educação Permanente em Saúde, com um novo formato, objetivos e público-alvo ampliados e outra configuração institucional.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde foram concebidos como “instâncias de articulação entre as instituições formadoras, os gestores do SUS, os serviços e as instâncias do controle social” (BRASIL, 2003d, p. 3). Os polos ganharam centralidade na política de educação permanente como espaços que deveriam possibilitar o diálogo e a negociação entre o SUS e as instituições formadoras e que contariam com ampla participação institucional, dos movimentos sociais,

dos trabalhadores e estudantes da área da saúde, contribuindo para a formulação de estratégias e políticas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde.

Em meio a essas mudanças e às tensões por elas geradas no interior do Ministério da Saúde, foram sendo promovidas, pela SGTES, as reuniões que visavam à formulação da política de formação dos ACS. A partir deste ponto, as considerações traçadas neste livro a respeito dos documentos da política são elaboradas em função da análise dos textos desses documentos e dos registros dessas reuniões, sejam estes as atas oficiais de tais reuniões ou as anotações feitas durante esses encontros⁵⁰.

***A primeira proposta de formação da conjuntura estudada:
um introdutório ampliado***

A primeira proposta de formação dos ACS colocada em pauta em março de 2003, em meio a essas mudanças, teve origem no DAB, formulada na gestão anterior, e representou uma iniciativa dos técnicos desse departamento de oferecer uma proposta de formação aos ACS em atenção ao preconizado no artigo 3º, Parágrafo Único da lei n. 10.507/2002 (BRASIL, 2002a).

Conforme já visto, esta lei dispunha, entre os requisitos para o exercício da profissão de ACS, que este deveria haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de agente comunitário de saúde. Mais adiante, no parágrafo 2º deste mesmo artigo, a lei estabelecia que caberia ao Ministério da Saúde definir o conteúdo programático do referido curso e dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos agentes que já exercessem atividades de ACS na data de publicação da lei (BRASIL, 2002a).

O primeiro desenho de política para a formação dos ACS foi apresentado por meio de quatro documentos complementares, dos quais três traziam o histórico da situação dos ACS, no âmbito do Pacs e do PSF, discorrendo sobre a educação profissional de nível básico e sobre o ensino por competências, de forma mais argumentativa. Os três documentos que tinham esse caráter semelhante são:

1. “Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde” – De setembro de 2002, composto por oito páginas, com créditos

⁵⁰ Tais anotações foram produzidas por mim quando participei dos fóruns de formulação da política de formação dos ACS, representando a EPSJV/Fiocruz, como já vimos.

institucionais para a Secretaria de Políticas de Saúde, o Departamento de Atenção Básica e a Coordenação de Qualificação da Atenção Básica, do Ministério da Saúde. Este documento traz um histórico sobre o Pacs e os ACS, localizando os agentes comunitários de saúde em relação aos objetivos desses programas. Apresenta as bases legais para a qualificação dos ACS, considerações sobre o ensino por competências, seguindo com questões gerais sobre a estrutura do curso e a sua metodologia. Reproduz em boa parte a estrutura de tópicos do documento de 1999, assim como alguns de seus trechos, na parte relativa ao ensino por competências e às bases legais para a qualificação dos ACS. Tem o formato de uma minuta de apresentação da proposta de formação dos ACS (BRASIL, 2002b).

2. “A Qualificação do Agente Comunitário de Saúde” – Composto por cinco páginas, sem data e sem créditos institucionais. O documento traz um histórico sobre o Pacs e os ACS, discorre sobre a natureza do trabalho do ACS, levanta a questão da qualificação e da contratação/vinculação deste trabalhador, apresenta as questões derivadas da necessidade de regulamentação da lei n. 10.507 de 2002, presta contas do que o Ministério da Saúde realizou ou propôs a esse respeito, principalmente em 2002, e, finalmente, apresenta em tópicos o cenário, então atual, dessas questões. Esse documento também reproduz trechos do documento de 1999 (BRASIL, 2002c).

3. “Proposta Pedagógica para a Qualificação do Agente Comunitário de Saúde” – Composto por três páginas, sem data e sem créditos institucionais. O documento trata em linhas bem gerais do mesmo conteúdo do documento anterior, porém, de forma mais concisa. Parece uma introdução à “Programação Curricular do Curso Básico para o Agente Comunitário de Saúde” (quarto documento), oferecida à parte (BRASIL, 2002d).

O quarto documento é o que apresentou o conteúdo, a estrutura e a metodologia da proposta de formação, propriamente dita, intitulado “Programação Curricular do Curso Básico para o Agente Comunitário de Saúde” (BRASIL, 2002e)⁵¹. A formação proposta configurava-se num módulo de 80 horas,

⁵¹ Apesar de três dos quatro documentos desse conjunto não apresentarem os dados institucionais, em função da complementaridade entre os quatro e da forma como estes foram apresentados na reunião de março de 2003, no Ministério da Saúde, pude atribuí-los à Coordenação de Qualificação da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde do MS e concluir que todos foram produzidos em 2002.

primeira etapa de um processo de educação permanente. O módulo subdividia-se em três unidades temáticas: Unidade Temática I – A Identidade Profissional do Agente Comunitário de Saúde; Unidade Temática II – A Estratégia Saúde da Família; Unidade Temática III – Territorialização, Diagnóstico e Participação Comunitária.

Esse documento não tinha um caráter argumentativo, caracterizando-se mais como um documento instrutivo que apresentava os temas da formação dos ACS e a maneira de abordá-los, com instruções sobre como conduzir os momentos formativos e as atividades propostas, inclusive já apresentando uma seleção de textos, músicas e poesias para serem utilizados em apoio à formação, além de indicar instrumentos e estratégias.

Destarte, no início do processo de formulação da política de formação dos ACS em 2003, as ideias em discussão vinham do DAB, o que se confirma pelos créditos institucionais e pela data de produção do documento “Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde” (setembro de 2002). Essa hipótese está também de acordo com os registros da reunião, de março de 2003, em que se discutiu a primeira proposta formativa posta em discussão no período estudado. Esta proposta consistia em realizar um Curso de Qualificação Básica, financiado com recursos do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf)⁵², realizado em nível local, em serviço, pelo enfermeiro, sendo este preparado num curso prévio de 24 horas chamado Curso de Capacitação do Facilitador.

A partir daqui, tratarei de apresentar os três primeiros documentos associados a essa proposta. O primeiro documento deste conjunto, “Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde”, de setembro de 2002, tem caráter mais argumentativo e apresenta como auditório “as instituições formadoras dos estados e municípios” (BRASIL, 2002b, p. 3), caracterizando-se como um texto prévio que funciona como uma apresentação do documento que traz a proposta de formação propriamente dita – “Programação Curricular do Curso Básico para o Agente Comunitário de Saúde” –, conforme sinalizado anteriormente.

⁵² O Proesf é um projeto do Ministério da Saúde, desenvolvido com recursos do Banco Mundial, que tem por objetivo apoiar a implantação e a consolidação da estratégia saúde da família nos municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. O Proesf divide-se em três componentes técnicos pelos quais se distribuem as suas linhas de financiamento: 1) apoio à conversão do modelo de atenção básica da saúde; 2) desenvolvimento de recursos humanos; 3) monitoramento e avaliação.

Segundo o documento das diretrizes de 2002, a proposta de formação em tela configura-se num:

(...) módulo inicial e tem como intuito situar os novos agentes nos princípios que norteiam a concepção de trabalho da estratégia de Saúde da Família, como eixo orientador da assistência à saúde prestada à população, além de abordar aspectos relacionados ao diagnóstico da comunidade e ao trabalho em campo (BRASIL, 2002b, p. 1).

Essa formação inicial deveria ser complementada no prazo de um ano, em quatro módulos, abrangendo “as áreas de responsabilidade da atenção básica, definidas na Noas 2001 quais sejam: saúde da mulher, saúde da criança, controle da hipertensão, diabetes e tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal e controle das endemias (malária e dengue)” (BRASIL, 2002b, p. 8), o que conformaria um processo de educação permanente, segundo o documento, mas que não representa um projeto de formação mais abrangente dos ACS, no sentido da sua profissionalização, de acordo com a perspectiva adotada neste livro. De certa forma, a proposta inicialmente apresentada, atendo-se às áreas de trabalho para as quais o ACS precisa estar apto, configura-se numa capacitação nos moldes do treinamento introdutório já promovido, porém ampliado nesta proposta, contando com uma programação organizada de forma a constituir uma base comum à capacitação dos ACS em nível nacional.

Num outro trecho, o mesmo documento afirma que a programação curricular para a qualificação do agente comunitário de saúde foi definida “visando contribuir com os Pólos de Capacitação do PSF, as Escolas Técnicas de Saúde e outras instituições formadoras no âmbito do SUS” (BRASIL, 2002b, p. 4). Esse objetivo está próximo do que é proposto no documento de 1999.

Ainda neste documento de 2002, que apresenta as diretrizes da formação dos ACS, repete-se a relação, também presente no documento de 1999, entre a origem comunitária do ACS e o seu papel de elo entre a equipe/serviço de saúde e a família/comunidade: “Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde, por ser oriundo da área onde atua e estar identificado culturalmente com as famílias, desempenha um importante papel como elo entre a equipe/serviço de saúde e a família/comunidade” (BRASIL, 2002b, p. 3). Quanto à escolaridade, nesse documento é exigido o Ensino Fundamental, estando assim em conformidade com o nível de ensino requerido pela lei n. 10.507, então vigente.

No segundo documento deste bloco, “A Qualificação do Agente Comunitário de Saúde”, chama a atenção um trecho de mesmo teor, destacando a

especificidade do ACS e atribuindo à sua origem comunitária a possibilidade de melhor desempenhar as suas atribuições:

O agente comunitário de saúde é um profissional '*sui generis*', pois só dele se exige que resida na comunidade onde trabalha. Essa exigência justifica-se pela necessidade de identificação cultural do sujeito com sua comunidade, o que lhe facilitaria o acesso às famílias, a identificação de situações de risco, a orientação sobre medidas de prevenção e adoção de hábitos saudáveis, o apoio e a busca de alternativas para o enfrentamento de situações-problema que afetam as famílias e a comunidade, procurando despertar o protagonismo nas famílias de sua área, a fim de que possam juntos lutar para elevar padrão de saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2002c, p. 1-2).

Essas concepções sobre o ACS, como um trabalhador "*sui generis*", encontram-se extensamente desenvolvidas no texto de Nogueira, Silva e Ramos (2000), *A Vinculação de um Trabalhador Sui Generis – o Agente Comunitário de Saúde*. Neste trabalho, encontramos argumentações muito semelhantes às utilizadas nos documentos e nos discursos⁵³ de alguns atores participantes do processo de formulação da política de formação dos ACS, mas, também, da formulação da política relativa à gestão do trabalho, conforme veremos mais detalhadamente adiante.

Assim como no documento de 1999 (BRASIL, 1999b), o ensino por competências é referido no texto das diretrizes de 2002 (BRASIL, 2002b). Entretanto, este formato não é incorporado no desenho da programação curricular que trabalhou com objetivos, conteúdos e atividades, compondo-se também de uma seção de orientação ao facilitador⁵⁴, para cada atividade proposta a ser realizada com os alunos, e de textos de referência anexos (BRASIL, 2002e).

As semelhanças encontradas e os trechos repetidos entre o documento de 1999 e os documentos inicialmente apresentados em 2003 aproximam, do ponto de vista analítico, esses documentos. Os créditos institucionais e o fato de esse primeiro conjunto de textos de 2003 ter sido produzido ao final da gestão de José Serra no Ministério da Saúde e do governo Fernando Henrique Cardoso, na presidência da República, reforçam a proximidade desses documentos entre si e com o mesmo contexto de ideias e princípios quanto aos ACS, localizados na conjuntura da década de 1990.

⁵³ Discursos com os quais pude dialogar no processo ampliado de formulação da política de formação dos ACS do qual participei, conforme já mencionado.

⁵⁴ Nome atribuído neste documento aos que se encarregariam do processo de formação dos ACS.

Uma outra ideia, então em pauta nas reuniões para a formulação da política de formação dos ACS, era que seria feito um levantamento da situação dos ACS em exercício para verificar quantos seriam isentos dessa formação, aplicando-se um critério de que aqueles que já tivessem feito o Curso Introdutório e tivessem desenvolvido 80% do conteúdo previsto não necessitariam participar desta qualificação básica.

Havia novamente uma ênfase no ensino em serviço e uma divisão do grupo de participantes, nas reuniões, quanto à pertinência da participação das ETSUS no processo de formação dos ACS, conforme apontam os registros desses encontros. Técnicos da SGTES, recém-vindos do DAB, defendiam que os municípios, por meio de suas escolas ou núcleos formadores próprios, deveriam ser os responsáveis pela formação, colocando as ETSUS – escolas predominantemente ligadas aos estados – como alternativa para os municípios que não dispusessem desse tipo de estrutura. Os municípios receberiam o repasse de recursos, fundo a fundo, do Ministério da Saúde (recursos do Proesf), para desenvolverem essa proposta de qualificação.

Essa posição é expressa também pelo Conasems em documento de 2006, que trata, entre outros temas, do campo da gestão do trabalho e da educação na saúde, especificamente do caso dos ACS:

(...) o Conasems defende que outras entidades participantes do SUS possam executar a formação desses trabalhadores. Restringir a formação a Escolas Técnicas do SUS é não reconhecer as diversas experiências positivas desenvolvidas por outras instituições formadoras, responsáveis e experientes, que têm conseguido promover uma formação consistente e crítica no SUS (Conasems, 2006, p. 13).

As anotações por mim feitas à época das discussões nas reuniões no MS mostram que as representações do Profae e da EPSJV/Fiocruz defenderam a participação das ETSUS em função da missão institucional dessas escolas de formar os trabalhadores de nível médio para o SUS e, no caso específico da posição da EPSJV, também em função de estas escolas poderem ser aliadas num projeto de profissionalização dos ACS que se desejava alcançar.

Antes que eu prossiga, é preciso localizar a EPSJV no processo de formulação da política de formação dos ACS, começando por caracterizar a sua relação com o Ministério da Saúde e o seu lugar diferenciado em relação às demais escolas técnicas do SUS. Como já vimos, a EPSJV é uma unidade de ensino, pesquisa e cooperação da Fiocruz e, por isso, está ligada ao próprio Ministério da Saúde,

condição a partir da qual foi convocada a colaborar, durante a gestão da SGTES, de 2003 a meados de 2005, no processo de formulação da política de formação dos ACS e em outros processos de formulação política, no campo da formação dos trabalhadores de nível médio e técnico do SUS.

Esse lugar confere à EPSJV a possibilidade de atuar de forma integrada, porém autônoma, em relação ao Ministério da Saúde, o que tem significado a garantia de condições políticas para a expressão de posições por vezes contrárias às majoritárias no âmbito do MS e em relação à Rede de Escolas Técnicas do SUS.

Cabe ainda explicitar que a EPSJV vem defendendo que a política de formação dos trabalhadores na saúde deve ser formulada no âmbito do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, com ampla participação dos trabalhadores da saúde e das instituições de ensino. Especificamente, no campo da educação profissional em saúde, a EPSJV defende ainda que estas políticas devem ser executadas pelas Escolas Técnicas do SUS, como meio de tentar garantir que as experiências formativas desenvolvidas guardem relação com os princípios do SUS e que as informações, os produtos e os insumos produzidos nos processos formativos sejam incorporados ao legado público dessas escolas, como subsídios para futuros processos formativos ou como memória da política de formação implementada.

Essa posição foi representada pela EPSJV tanto no processo de formulação da política de formação dos ACS quanto em outros momentos em que se discutiu a política de formação dos trabalhadores de nível médio e técnico da saúde. Trata-se de um elemento de disputa com interesses do setor privado que busca constituir-se como parceiro do setor público e, financiado por este, desenvolver processos formativos. Este debate tensiona o processo de formulação das políticas de formação em saúde e implica a análise das questões suscitadas pela relação público-privado que tem se apresentado com frequência como solução para o desenvolvimento mais ágil dessas políticas, em detrimento da construção e consolidação da capacidade formativa do setor público. Este debate também se fez presente na conjuntura estudada.

Dois questões destacadas no documento de 1999 – o currículo por competências e a ênfase no ensino em serviço – ganham pesos diferenciados no debate e nos documentos do processo de formulação da política de formação dos ACS, a partir deste momento, na conjuntura estudada (2003-2005). A incorporação do currículo por competências permanece até o formato final da política de formação desses trabalhadores, expressa no “Referencial Curricular de Curso Técnico de

Agente Comunitário de Saúde” (BRASIL, 2004e). Entretanto, a ênfase no ensino em serviço modifica-se, mas aparece com outra conotação. No documento “Diretrizes para a Qualificação Básica dos Agentes Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2002b), esse tema se expressa na necessidade de integração trabalho-ensino, na incorporação dos enfermeiros como facilitadores na formação proposta e na recomendação para que os cursos se realizem no município de origem dos ACS, sempre que possível.

Sob o argumento da necessidade de integrar o ensino às condições da realidade em que se opera o trabalho dos ACS, o referido documento propõe dois momentos formativos: os momentos de concentração, realizados em sala de aula, e os momentos de dispersão, ocorridos na comunidade em que atua o ACS. Sobre os momentos de dispersão, o documento diz:

Os períodos de dispersão deverão ocorrer, preferencialmente, na microárea do agente comunitário ou na área de abrangência da Unidade de Saúde. Durante as atividades de dispersão os ACS terão oportunidades de consolidar sua aprendizagem, aprofundar a observação do seu meio e aplicar conceitos que, pouco a pouco, vão sendo elaborados (BRASIL, 2002b, p. 6).

É interessante notar que este documento não se referiu ao serviço como o local de realização do ensino que busca a integração com o trabalho do ACS, como no documento de 1999, mas, sim, à comunidade, local proposto pela estratégia saúde da família como o espaço privilegiado para o desenvolvimento da prática dos ACS.

Ainda sobre o momento de dispersão, cabe destacar o que é proposto ao facilitador:

As atividades de dispersão deverão ser previamente organizadas pelo facilitador e guardar uma estreita relação com a unidade de ensino. É desejável que o facilitador, sempre que possível, possa acompanhar alguns momentos de dispersão, pois assim terá oportunidade de detectar dificuldades e discuti-las com o ACS, além de fornecer informações adicionais, estimular a reflexão e observação e oportunizar outras atividades e situações que permitam ao aluno avançar no seu processo de aprendizagem (BRASIL, 2002b, p. 6).

A suspeita gerada pela descrição feita do momento de dispersão e do papel que o facilitador precisa desempenhar nesse momento, quando as atividades de formação são realizadas durante o exercício do trabalho dos ACS, é de que esta proposta não levou em consideração a realidade em que este trabalho se de-

envolve, com a premência das rotinas e a cobrança da realização das atividades e da produtividade vivida pelos ACS, segundo relatos colhidos em outras pesquisas realizadas no âmbito da EPSJV/Fiocruz (MOROSINI *et al.*, 2006; FONSECA, MACHADO e BARRETO, 2008). Os momentos de dispersão assim caracterizados parecem, contraditoriamente, incompatíveis com a realidade de trabalho que eles buscariam integrar à formação dos ACS.

A esta altura, em relação aos documentos tratados até aqui, podemos sinalizar três questões fundamentais que resumem os posicionamentos expressos nos documentos analisados: a origem comunitária dos ACS e a relação com a função de ser elo entre o serviço e a comunidade; a complexidade e amplitude das atribuições dos ACS e a simplificação da sua formação; a sobrevalorização do currículo por competências e a integração ensino-trabalho, expressa como o ensino em serviço, para o desenvolvimento dos atributos esperados dos ACS.

Os primeiros documentos de um itinerário de educação profissional: delineando novos processos e concepções de formulação de políticas

A partir deste momento, constituiu-se um grupo de trabalho, com o objetivo de elaborar uma proposta para a qualificação dos ACS, integrado por técnicos do Deges, do Profae e da EPSJV. Nesse grupo, ficou para os representantes mais diretamente vinculados ao Ministério da Saúde a tarefa de elaborar propostas de formação, enquanto à EPSJV coube a função de colaboração, discutindo a situação dos ACS, as concepções político-pedagógicas e as questões e implicações políticas das propostas de formação em relação a um possível projeto de profissionalização desses trabalhadores.

Estiveram próximos desse grupo representantes da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, que eram convocados a fim de informarem ao grupo sobre as questões e os encaminhamentos relativos à situação trabalhista dos ACS, sobretudo quanto aos pontos em que a formação implicaria novos problemas no campo da gestão do trabalho.

Criou-se uma sistemática de reuniões deste grupo, intercaladas com oficinas ampliadas, com a participação de representantes de Escolas Técnicas do SUS e do movimento organizado dos ACS. Além disso, os gestores da SGTES começaram a discutir e a negociar as questões relativas à formação dos ACS com os demais gestores do SUS, principalmente no âmbito do Conass e do Conasems. Tal processo implicou também a apresentação do tema da formação dos ACS pela SGTES na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Entre março e agosto de 2003, reuniões e oficinas se revezaram, caracterizando um trabalho técnico associado a processos de participação, ampliando os atores que influenciaram a formulação da política de formação dos ACS. Esse processo de formulação da política, realizado por meio de reuniões com um grupo formado, principalmente, por técnicos do MS, intercaladas com reuniões ampliadas ou oficinas, parece conformar um processo no qual, ao mesmo tempo que a política é formulada e seus aspectos são discutidos, é operado também um processo de convencimento interno e externo, respectivamente, de outros setores do MS (além da SGTES) e de instituições, instâncias ou fóruns de gestão, externos ao MS.

Isso não significa dizer que a proposta de política estivesse pronta ou que se tratasse de um processo somente formal de negociação, mas sim que havia sujeitos políticos, cuja adesão precisava ser conquistada para o processo de formulação da política e que, nesse processo, as ideias foram disputadas, num determinado sentido, por cada um desses sujeitos, entre eles a própria SGTES, que dispunha do poder de coordenar tal processo.

De outra parte, não se deve supor que houvesse consenso absoluto no interior da SGTES sobre a formação dos ACS. Segundo relatos que me foram feitos nas entrevistas que realizei com os gestores da SGTES do período estudado, o próprio segundo escalão desta secretaria precisou ser convencido sobre a pertinência de uma proposta de formação técnica para os ACS⁵⁵.

Em maio de 2003, são oferecidos dois documentos à discussão: o relatório da oficina "Estratégias para a Qualificação/Formação do Agente Comunitário de Saúde" (BRASIL, 2003g), composto por seis páginas, datado de maio de 2003, com créditos para a Coordenação da Educação Técnica do Deges/SGTES, e o documento sem título, composto de 22 páginas, que chamaremos provisoriamente de documento alfa⁵⁶, com créditos para o Deges/SGTES (BRASIL, 2003h). Nestes documentos, vai se explicitando um novo posicionamento político do Ministério da Saúde em relação à formação dos ACS.

⁵⁵ Tal informação foi colhida durante as entrevistas com Maria Luiza Jaeger, então secretária da SGTES, e Ricardo Ceccim, diretor do Deges.

⁵⁶ O conteúdo do documento alfa reaparece, quase integralmente, no documento "Informação sobre a Qualificação e a Profissionalização dos Agentes de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde. Para a reunião da Tripartite de 26/06/03" (BRASIL, 2003i), recebido na oficina "Regulamentação Profissional do Agente Comunitário de Saúde", de 4 a 5 de setembro de 2003, com créditos para a SGTES e o Deges. Como no processo de formulação política é comum haver documentos provisórios ou preliminares, mantivemos a referência ao documento sem título como documento alfa e, nas Referências, o identificamos como documento sem título.

No relatório da oficina “Estratégias para a Qualificação/Formação do Agente Comunitário de Saúde”, há trechos que revelam esse novo posicionamento: “A vinculação institucional dos ACS e o reconhecimento legal da profissão demandam aos gestores das esferas do SUS a definição das atribuições profissionais e de políticas para a qualificação e educação permanente dessa categoria profissional” e, mais adiante, “O Ministério da Saúde entende que é o momento de *resgatar uma dívida social com essa categoria* e que além do reconhecimento legal da profissão é necessário garantir a qualificação básica e a complementação da escolaridade como parte de um projeto maior que é a formação do ACS” (BRASIL, 2003g, p. 2, grifos meus).

É importante notar que o documento trata dos ACS como uma categoria de trabalhadores e se refere à formação desses trabalhadores como uma dívida social. Da mesma forma é necessário observar que, pela primeira vez, se articula a questão da qualificação básica com a elevação da escolaridade, configurando-as como uma responsabilidade do Ministério da Saúde. Trata-se de um documento público sobre a formação dos ACS já com a ‘assinatura’ ou, melhor dizendo, com a marca política da então gestão da SGTES mais explicitamente colocada.

O caráter de relatório do documento em análise exige que evoquemos os objetivos da oficina relatada, ou seja, “Identificar parcerias comprometidas com a questão da qualificação profissional dos ACS; Apresentar e discutir a proposta elaborada pelo grupo de trabalho; Conhecer experiências de qualificação profissional dirigidas a agentes que atuam na saúde” (BRASIL, 2003g, p. 4).

Esses objetivos mostram a intenção da Coordenação Geral de Ações Técnicas de Educação na Saúde da SGTES de colocar em discussão as propostas que vão sendo formuladas e de incorporar elementos das experiências de formação então existentes. Eles mostram também a oficina como um momento de ampliação dos participantes no processo de formulação da política de formação dos ACS, que implicou a ampliação da rede de diálogo que se instituiu durante esse processo.

Participaram desta oficina representantes do Ministério da Saúde – do Deges/SGTES, do Profae, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes/SAS) e do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits⁵⁷), de escolas de

⁵⁷ O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) visa a lotar médicos e enfermeiros em áreas desprovidas ou com precariedade dos serviços de atenção à saúde, por meio da oferta de incentivos financeiros e de formação profissional aos participantes durante um ano, prorrogável por mais um.

formação em saúde (Escola de Formação de Trabalhadores da Rede Básica de Sergipe, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia de Sobral/CE, Escola de Saúde Pública do Mato Grosso e EPSJV/Fiocruz), do movimento organizado dos ACS (o presidente da Conacs e uma representante de Assis/SP), do Polo de Educação Permanente do Distrito Federal, do Centro de Vigilância Ambiental da SMS de Recife/PE e da Unesco (BRASIL, 2003g).

Nesta oficina, definiu-se o encaminhamento de se incorporar o conceito de competências profissionais à proposta pedagógica de formação dos ACS e apontou-se a necessidade de se definir as competências e o perfil profissional destes trabalhadores⁵⁸. Discutiu-se a necessidade de se garantir recursos para o desenvolvimento da formação dos ACS e apontou-se a dificuldade causada pela precarização dos contratos dos ACS ao processo de educação permanente, em função do risco iminente de descontinuidade dos vínculos com esses trabalhadores.

Ainda percorrendo o texto do relatório da oficina “Estratégias para a Qualificação/Formação do Agente Comunitário de Saúde”, encontramos o relato de uma fala da então coordenadora geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde, Roseni Sena, fazendo um balanço das dificuldades enfrentadas na formação dos ACS, onde ela destaca:

(...) capacitações em serviço com simplificações dos conteúdos banalizam os conhecimentos subestimando a capacidade dos agentes, a educação permanente não é vista como estratégia para a qualificação profissional, as diversas atribuições do enfermeiro da equipe do PSF, dificultando maior dedicação à capacitação e acompanhamento do ACS (BRASIL, 2003g, p. 5).

Na fala da gestora citada no documento em tela, cabe notar a crítica à forma como vinha sendo conduzida a formação dos ACS. Tal crítica incidiu sobre a banalização do conhecimento, a sobrecarga de atribuições dos enfermeiros (então predominantemente encarregados da formação dos ACS) e o fato de a educação permanente não ser vista como estratégia para a qualificação profissional. Estes aspectos dizem respeito a questões presentes nas capacitações em serviço, processo de qualificação dos ACS predominante até então.

⁵⁸ Devemos lembrar que a proposta discutida em maio é a mesma apresentada em março de 2003 e que, nesta, o formato adotado não era o do currículo por competências profissionais, apesar de já haver, à época, um documento, “Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde”, de setembro de 2002, defendendo o ensino por competências.

No texto deste mesmo relatório, são encontradas três referências ao trabalho de Roberto Passos Nogueira e colaboradores, *A Vinculação de um Trabalhador Sui Generis – o Agente Comunitário de Saúde* (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000), já mencionado, quando o documento se detém a discorrer sobre o perfil profissional dos ACS, suas atividades e a natureza do trabalho que este realiza. Essas referências ajudaram-me a configurar o texto de Nogueira como um dos documentos a serem explorados quando da análise das ideias e concepções em pauta nas discussões sobre a formação dos ACS, conforme tratarei adiante.

São destacadas, mais uma vez, a sua origem comunitária, o seu papel de tradutor “do universo científico para o popular e vice-versa” e “o conflito e contradição vividos pelos agentes, pelo fato de exercerem sua atividade profissional na própria comunidade onde moram” (BRASIL, 2003g, p. 2).

No outro documento discutido em maio de 2003, que nomeamos provisoriamente de documento alfa, a questão da formação dos ACS é colocada em termos de uma exigência legal e de resgate de um direito de cidadania, sendo tratada conjuntamente com a questão da contratação/vinculação desses trabalhadores (BRASIL, 2003h).

A esta altura, cabe caracterizar melhor a situação de trabalho dos ACS e as propostas em pauta quando ambas as políticas, de formação e de gestão do trabalho, estavam sendo formuladas simultaneamente em fóruns diferentes, mas com alguns fóruns comuns e com várias interfaces. Lembremos, de acordo com a perspectiva adotada neste estudo, que esta caracterização é necessária à compreensão da qualificação profissional como uma relação social, que se conforma tanto no âmbito das condições de trabalho quanto da formação, as quais guardam forte relação entre si.

Conforme já apontado anteriormente, neste livro, a política de formação dos ACS, a partir de 2003, esteve a cargo do Deges, enquanto a política de gestão do trabalho desses agentes esteve a cargo do Degerts. A este último departamento estava associada a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS)⁵⁹, onde foram pautados os problemas relativos à seleção, ao vínculo, à for-

⁵⁹ A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS reúne gestores e trabalhadores, representados de forma paritária, funcionando como um fórum onde são tratados os conflitos decorrentes das relações de trabalho no SUS. Foi instalada, pela primeira vez, em maio de 1993, com o nome de Mesa Nacional de Negociação do SUS, mas teve suas atividades interrompidas, sendo reinstalada novamente em maio de 1997, mas, atuando de forma irregular, foi novamente interrompida. Em junho de 2003, foi reativada pela última vez, com a atual denominação e composição, não havendo mais descontinuidade.

ma de contratação e aos direitos a eles associados. Além desse fórum, as questões trabalhistas dos ACS foram objeto de debate e formulação política no Congresso Nacional, onde os agentes atuaram intensamente, colocando em prática uma estratégia⁶⁰ semelhante à que utilizam nas comunidades, isto é, eles dividiram os corredores a serem percorridos entre os ACS presentes e 'visitaram' os gabinetes dos parlamentares, até a aprovação da emenda constitucional n. 51 e da lei n. 11.350, em 2006.

A situação relativa ao vínculo contratual dos ACS, à época, pode ser resumida na tabela a seguir:

Tabela 1 – Percentual de equipes de saúde da família segundo o tipo de vínculo dos agentes comunitários de saúde no Brasil (2001-2002)

Tipo de vínculo contratual	% de equipes de saúde da família
Estatutário	4,4
CLT	23,3
Contrato temporário	30,2
Cargo comissionado	3,7
Bolsa	5,5
Prestação de serviços	11,6
Cooperado	3,4
Contrato informal	10,7
Outro	5,2
Contrato verbal	1,9

Obs: Total de equipes de saúde da família implantadas = 13.198

Fonte: BRASIL, 2004a.

⁶⁰ Tereza Ramos, presidente da Conacs, descreveu a organização e a forma de atuação dos ACS na Câmara dos Deputados e no Senado Federal em aula proferida na EPSJV, no início do ano letivo de 2007. Lembremos que, nas comunidades, os ACS são divididos por microáreas, nas quais são responsáveis pelo acompanhamento e pela visitação domiciliar das famílias ali residentes.

Considerando como vínculos não-precários aqueles que se encontravam, no mínimo, em conformidade com a CLT, independentemente das discussões sobre se esta forma de vínculo é adequada para os trabalhadores do setor público, além do vínculo estatutário, nesse momento apenas 27,7% das equipes de saúde da família apresentavam vínculos dessa natureza. Os ACS das demais equipes encontravam-se em situação de vinculação precária, seja do ponto de vista da não-garantia dos direitos trabalhistas associados ao trabalho, seja no aspecto relativo à autonomia do vínculo em relação aos gestores⁶¹.

Sobre o tema da contratação e vinculação dos ACS, o documento alfa faz referência à iniciativa do Ministério da Saúde de publicar o documento “Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde – um pacto tripartite”, cujo objetivo era “instruir as Administrações Municipais sobre a forma adequada de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)” ou, como escrito mais adiante, no mesmo documento, “orientar os senhores Prefeitos Municipais sobre uma forma segura e correta de contratar os ACSs” (BRASIL, 2002f, p. 7).

A proposta apresentada nessa publicação como adequada e correta para a contratação dos ACS seria o município construir um Termo de Parceria, nos termos da lei n. 9.790/99⁶², de forma que uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) fosse selecionada para desenvolver o Pacs, em conjunto com o poder público local.

A Oscip, segundo a referida publicação, é:

(...) uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, organizada sob a forma de associação, sociedade civil ou fundação, que, em virtude de seu objeto institucional, recebeu do Poder Público uma qualificação especial que a torna apta a celebrar o Termo de Parceria, pelo qual pode receber recursos do Estado para o desenvolvimento de suas atividades de interesse público, sem desnaturar o seu caráter de gestão privada (BRASIL, 2002f, p. 12).

A partir da publicação do documento “Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde – um pacto tripartite”, em janeiro de 2002, a contratação via Oscip deveria ser o padrão adotado pelos municípios que tentavam ajustar a

⁶¹ O cargo comissionado caracteriza bem uma situação de vínculo de trabalho com certa garantia de direitos, mas com baixa autonomia, porque guarda estreita relação com o gestor local da estratégia saúde da família.

⁶² A lei n. 9.790, que ficou conhecida como a Lei do Terceiro Setor, institucionalizou as Oscips e criou as condições legais para o estabelecimento de parcerias entre o poder público e estas entidades, visando ao desenvolvimento de atividades de interesse público, mediante o repasse de verbas do Estado para estas instituições.

contratação dos ACS às exigências legais, sem incorrer no descumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal e sem prejudicar um certo perfil social do ACS que o caracterizava como um trabalhador *sui generis*. Esse perfil social seria composto de dois elementos centrais: a identidade com a comunidade e um suposto pendor à ajuda solidária (NOGUEIRA, RAMOS e SILVA, 2000).

Entretanto, a polêmica em torno da legalidade dessa forma de contratação continuou, assim como continuaram as disputas por princípios organizativos do Estado e das funções que este deve cumprir, chegando de forma intensa na conjuntura compreendida entre os anos de 2003 e 2005, mediante as já citadas ações do MPT e do movimento organizado dos ACS.

Tais polêmicas dizem respeito ao fato de haver atores que defendem o vínculo de servidor público para os ACS e para todos os trabalhadores da saúde da família, como a forma mais adequada de vinculação desses trabalhadores no setor público. Esta posição corresponderia também à compreensão da saúde da família como uma estratégia permanente, de transição do modelo de atenção, a ser generalizada e universalizada, e não como uma estratégia transitória que vise a segmentos populacionais específicos.

Além desta posição, existe o pensamento daqueles que compreendem que o vínculo permanente com o setor saúde deve ser reservado somente para os trabalhadores considerados típicos desse setor, como seria o caso dos médicos e dos enfermeiros. Um problema neste raciocínio está em definir o que é típico da saúde, considerando o princípio da integralidade e a concepção ampliada de saúde, sob o risco de se operar o SUS com uma concepção reduzida do processo saúde-doença e das necessidades nele envolvidas.

Um segundo problema está no fato de este critério privilegiar certos profissionais em detrimento de outros, o que pode comprometer a conformação do trabalho em saúde como um trabalho a ser realizado em equipe, contrariando os que lutam pela interdisciplinaridade e pela incorporação de saberes advindos de vários campos do conhecimento, além do biomédico, na atenção à saúde.

Essas posições se enfrentaram no processo de formulação da política de gestão do trabalho dos ACS, mas também ecoaram no debate em torno da formulação da política de formação dos ACS. A formação técnica, por exemplo, demanda mais tempo e investimentos e, portanto, segundo os que acreditam na existência de trabalhadores típicos da saúde ou os que temem a transitoriedade da estratégia saúde da família, esta formação não seria compatível com um trabalhador cuja vinculação pode ser questionável e efêmera.

Essa forma de pensar os ACS e seus vínculos associou-se à posição contrária de muitos gestores a um processo formativo dos ACS mais longo para esses trabalhadores, que implicaria maior dispêndio de recursos públicos e maior duração e, conseqüentemente, maior comprometimento do tempo dedicado ao trabalho, como é o caso da formação técnica. Além deste argumento, a questão da necessidade de elevação salarial, caso o ACS se tornasse técnico, foi um dos pontos que reuniu a maioria dos gestores municipais de saúde, os quais aludiam, com frequência, às restrições de gastos com a folha de pagamento, impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Em relação especificamente ao documento “Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde – um pacto tripartite”, seus efeitos sobre o processo de regularização do trabalho dos ACS parecem ter sido limitados, uma vez que, em 2003, os dados referentes à situação de trabalho dos ACS ainda apontavam um alto grau de precarização do trabalho desses agentes. Mas não se pode dizer o mesmo quanto aos efeitos dos argumentos e dos princípios que este documento especificava para a gestão do trabalho em saúde.

Apesar de a lei n. 11.350 de 2006, atual legislação que rege a profissão de agente comunitário de saúde, determinar que a execução das atividades dos ACS se dê “mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional” (BRASIL, 2006c, artigo 2º), muitos gestores ainda questionam essa forma de vinculação, defendendo o vínculo mediado por uma Oscip.

Essas discussões mostram como estão associadas as questões da formação e as questões da gestão do trabalho. Portanto, não é coincidência que, no documento alfa, a SGTES faça uma afirmação que aponta para uma perspectiva de abordagem da formação de maneira indissociável da gestão do trabalho. O trecho parece explicitar propositadamente a compreensão integrada desses dois âmbitos pelos gestores do Deges/SGTES de então:

Como qualquer política de valorização do trabalhador do SUS implica não somente na sua qualificação profissional, como na sua formação e educação permanente, é imprescindível que os direitos trabalhistas sejam garantidos e que façam parte de uma política que resgate não somente a cidadania do usuário do sistema, mas a sua própria cidadania (BRASIL, 2003h, p. 13).

Essa perspectiva aproxima-se da concepção de qualificação como uma relação social, na interface entre o trabalho e a educação, constituindo-se dos valores socialmente atribuídos ao trabalhador em função de sua escolaridade, da

estruturação do processo de formação, expressando-se também no valor social atribuído às atividades e funções que definem os postos de trabalho, os salários e as condições gerais em que estes se realizam, conforme aprendemos com Castro (1993), Machado L. (1996), Manfredi (1998), Ramos M. (2001) e Tartuce (2004).

Cabe notar também que, neste último trecho citado do documento alfa, existe uma relação entre o direito de cidadania do usuário e o direito de cidadania dos trabalhadores, formando um par de condições que devem caminhar juntas.

***Os ACS num grupo ampliado de trabalhadores:
uma ideia interessante que não vingou***

Outro aspecto importante sobre o documento alfa é que este discute as questões relativas às necessidades de formação dos ACS em relação a um grupo de trabalhadores agentes de saúde que, à época, somavam cerca de quinhentos mil trabalhadores. Estes tinham em comum o fato de não possuírem uma formação específica e de atuarem principalmente na atenção básica. Foram trabalhadores recrutados para dar conta das políticas de expansão do Programa Saúde da Família e da intensificação das medidas de vigilância e de controle ambiental (BRASIL, 2003h).

Compunham este grupo de trabalhadores os ACS ligados às secretarias municipais de saúde⁶³; os agentes de vigilância em saúde ligados à Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e às secretarias estaduais e municipais de saúde (SES e SMS); os agentes de combate à dengue ligados à Funasa, às SES e às SMS; os agentes de vigilância sanitária ligados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); os agentes de meio ambiente/saúde ambiental ligados às SES e às SMS; os agentes de saneamento ligados à Funasa, às SES e às SMS; e os guardas sanitários ligados à Funasa, às SES e às SMS⁶⁴.

Em outra tabela distribuída à época das reuniões de formulação da política, os ACS são considerados também em relação aos cuidadores de saúde mental. Suponho que estes trabalhadores representassem os dois grupos da área de atenção que, então, viviam situações de formação aligeirada, caracterizada como capacitações para o trabalho em saúde, num nível específico de atenção, ou dirigido a grupos determinados. Hoje, também poderia ser incluí-

⁶³ Exceto os do Ceará, vinculados à instância estadual.

⁶⁴ Destes, o documento apresenta somente o quantitativo de ACS e agentes de vigilância à saúde, respectivamente, cerca de 170.000 e 60.000 trabalhadores.

do nessa situação o cuidador de idosos, recentemente instituído pela política de atenção à saúde do idoso.

Sobre esse grupo de trabalhadores denominados agentes, o documento alfa chega a esboçar uma avaliação crítica, sinalizando que as atividades realizadas se dão nos mesmos campos de ação, o que acarretaria a “duplicidade de atividades, a fragmentação nos processos de trabalho e uma falta de comunicação”, trazendo consequências para a qualidade da assistência (termo usado no documento) à saúde (BRASIL 2003h, p. 2). Destaca também que a formação tem sido planejada e executada pelas diversas instituições às quais esses trabalhadores estão ligados, seja em nível federal, estadual ou municipal e, em seguida, propõe uma política de formação comum que parta da análise dos processos de trabalho:

Para superar a fragmentação do trabalho e as suas consequências para a qualidade da assistência, se propõe a definição da qualificação e formação, tendo como referência o núcleo comum de atuação dos agentes e a diferenciação, com módulos segundo a especificidade do campo do trabalho e do nível de escolaridade (BRASIL, 2003h, p. 2).

Segundo o documento, essas diretrizes deveriam servir de orientação para as propostas de qualificação, formação e educação permanente dos trabalhadores de nível médio em saúde e de base para consolidar a Rede de Escolas Técnicas do SUS, que seriam ampliadas para todos os estados brasileiros. A perspectiva era orientar a oferta de cursos, tanto do setor público quanto do privado, incluindo as escolas de saúde pública que formassem trabalhadores técnicos para o SUS. Essas considerações parecem reforçar a ideia de que se expressa, no documento alfa, uma mirada ampliada sobre a situação de formação dos trabalhadores de nível médio e o início de construção de uma política articulada para este segmento de trabalhadores e as instituições que a eles se dedicam.

Nessa época, começaram a ser definidas ou revistas as diretrizes para a qualificação de dois trabalhadores desse grupo: os ACS e os agentes de vigilância à saúde, cuja formação vinha sendo desenvolvida pelo Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância à Saúde (Proformar)⁶⁵. A formulação da política de formação dos ACS seguirá sendo descrita aqui, mas a política de formação dos agentes de vigilância mereceria um trabalho à parte. Porém, não tenho conheci-

⁶⁵ O Proformar é uma estratégia desenvolvida, desde 2001, sob a coordenação da EPSJV/Fiocruz, para promover a formação profissional dos trabalhadores de nível médio que atuam na área da vigilância à saúde. Sua origem está associada ao processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças, promovido pela portaria n. 1.399/99 do MS, tendo sido responsável pela qualificação inicial de cerca de 32.000 profissionais nas várias regiões do país.

mento de desdobramentos no sentido da organização da formação dos outros trabalhadores citados no documento ou da continuidade da orientação no sentido da integração de seus processos formativos, conforme o trecho citado⁶⁶.

Esses trabalhadores do setor saúde – pouco qualificados, com baixa remuneração e vínculos frágeis – revelam uma face das políticas públicas de Estado que merece uma maior investigação, uma vez que as condições de formação e de trabalho (vínculo e direitos associados) desses trabalhadores nas políticas públicas podem ser interpretadas, pelo menos, de duas formas: como resultados contraditórios de políticas de ampliação de direitos, numa determinada linha de análise, ou, numa outra perspectiva, como parte de um mesmo pacote, no qual se pode ampliar direitos de forma parcial e focal, com o recrutamento e a utilização de mão-de-obra de baixa qualificação, para que os objetivos dessas políticas sejam atingidos.

Independentemente da perspectiva adotada, deve-se ressaltar que tanto a formulação de políticas focais de atenção à saúde quanto o aumento da precarização das condições de trabalho em saúde não se deram sem tensões ou oposições, o que tem sido representado, por exemplo, pelas reivindicações de trabalhadores e usuários nas Conferências de Saúde ou pelos esforços de gestores de alguns setores do MS e de governos municipais e estaduais, no sentido da construção do Sistema Único de Saúde, efetivamente universal, com ações e serviços pautados pelo princípio da integralidade. Esses esforços contrapõem-se aos limites reestruturantes das políticas de corte neoliberal que marcaram os governos federais, nos seus vinte anos de existência, como é o caso da Lei de Responsabilidade Fiscal e dos mecanismos de desvinculação de recursos da receita da União, que têm repercutido no esvaziamento do financiamento do setor saúde, na precarização do trabalho no SUS e na restrição à ampliação da atenção pública à saúde⁶⁷.

⁶⁶ A não identificação desses desdobramentos não deve levar à conclusão de que houve uma mudança de perspectiva em relação à política. Deve-se lembrar que a gestão em análise desenvolveu-se em um período de pouco mais de dois anos, tendo o seu mandato sido interrompido, o que inclui, também, um período de baixa governabilidade onde seus projetos podem ter sido redimensionados.

⁶⁷ Os mecanismos de desvinculação das receitas da União, o Fundo Social de Emergência, substituído pelo Fundo de Estabilização Fiscal e, finalmente, a Desvinculação de Receitas da União (DRU) são dispositivos por meio dos quais 20% da arrecadação de impostos e contribuições da União foram e são desviados para a política federal de estabilização econômica e, mesmo que um percentual possa retornar para o Orçamento da Seguridade Social, uma das fontes de financiamento da saúde, isso acaba contribuindo com o caráter discricionário desse financiamento.

A esse respeito, vejamos o documento alfa que estamos analisando:

O custo dos encargos sociais e as limitações da Lei de Responsabilidade Fiscal têm sido apresentados como justificativas para a existência de um contingente significativo de trabalhadores do SUS, atuando numa situação de precariedade do ponto de vista dos direitos sociais e trabalhistas (BRASIL, 2003h, p. 4).

As diferentes propostas apresentadas como caminhos para equacionar o problema da precarização do trabalho em saúde muitas vezes convergem em relação ao objetivo de tornar mais dignas as condições de trabalho em saúde, mas divergem quanto à forma de alcançar essas condições e quanto ao leque de direitos a ser garantido para esses trabalhadores. De modo semelhante, no que tange à formação dos ACS, as divergências também se evidenciam, conforme parecem apontar as diferentes propostas debatidas no processo de formulação das políticas visando aos ACS.

Colocaram-se em jogo noções sobre o papel do Estado em relação à gestão do trabalho e à definição do que deve ser público no setor saúde e de que trabalhadores devem ter vínculo permanente com o Estado para a oferta desses serviços públicos, bem como as justificativas dessas definições. Essas noções desdobram-se também no campo da formação, localizando que participação o Estado deve ter como formulador e executor de políticas, o escopo e a abrangência dessas políticas e quem deve ser por elas beneficiado.

Dessas noções derivam os contornos das várias propostas ou partes de propostas integrantes das políticas sobre a formação e a gestão do trabalho dos ACS. Se os ACS devem ter uma formação básica, correspondendo ao nível fundamental de ensino, se ele deve ser técnico e ter o nível médio, se ele deve ser um servidor público de regime estatutário ou celetista, mediante o emprego público, ou se este deve ser terceirizado com os direitos garantidos conforme a CLT.

Mesmo que não expressas dessa forma, tais concepções sobre o trabalho e a formação dos ACS terminam por revelarem-se como elementos de projetos societários distintos, mas que por vezes se mesclam e se associam. Um projeto societário que inclui a universalidade da saúde como um princípio, mas não realiza as condições para a sua realização, que perpetua a dualidade do sistema escolar e da política de educação profissional, que distancia a formação e as condições de trabalho, de remuneração e de vínculo dos profissionais de nível técnico daqueles de nível superior, admitindo também a existência e a funcionalidade do trabalhador de nível elementar.

Lembremos que a dualidade do sistema escolar significa a existência de caminhos de educação diferenciados conforme a classe social, o que, em geral, corresponde a uma formação voltada para a classe trabalhadora e outra para a classe dirigente, com escopos e finalidades bastante diferenciados, mesmo que, por vezes, presentes num mesmo sistema escolar⁶⁸.

Retornando ao texto do documento alfa em análise, a abordagem dos ACS em relação a um grupo maior de trabalhadores em situação de formação aligeirada e a mecanismos variados de gestão do trabalho sinaliza uma perspectiva ampliada de apreensão da situação de formação dos trabalhadores de nível médio e elementar.

Compreendo que os ACS destacaram-se deste grupo e se tornaram prioridade na agenda política da SGTES muito por força da luta organizada do movimento sindical desses trabalhadores e pela ação do Ministério Público do Trabalho. Não se pode negar que a força numérica desses trabalhadores e a capilaridade de sua ação junto à população são dois aspectos que tornam suas reivindicações bastante fortes, mesmo que nem todos os ACS tenham percebido isso ainda, como alertou Tereza Ramos, em aula proferida na EPSJV/Fiocruz, em outubro de 2008.

Ainda neste documento, nota-se que se coloca mais claramente a responsabilidade das instâncias formadoras do SUS na formação dos ACS: “A estratégia de qualificação deverá ser desenvolvida pelas estruturas de formação existentes no SUS, articuladas pelo Pólo de Educação Permanente” (BRASIL, 2003h, p. 14). Este trecho, somado ao trecho em que se coloca a intenção de consolidar e ampliar a Rede de Escolas Técnicas do SUS, demonstra uma incorporação dessas escolas como instituições estratégicas para o desenvolvimento da política de formação dos trabalhadores de nível médio do SUS neste momento.

A meta colocada nesse documento era desencadear o processo de qualificação básica dos ACS que ingressaram no SUS, a partir de março de 2003, e dos ACS que já atuavam antes da promulgação da lei n. 10.507 e que não tinham feito o Curso Introdutório. Isso se daria, inicialmente, com a realização de 54 oficinas de capacitação de multiplicadores nos 27 estados brasileiros, duas por estado, de forma que estes multiplicadores capacitassem os facilitadores⁶⁹ que participariam, enfim, da qualificação dos ACS (BRASIL, 2003h).

⁶⁸ A esse respeito, ver a obra de Gramsci (1995, 2004a). No Brasil, ver Santos A. (2001, 2007).

⁶⁹ Os termos ‘facilitadores’ e ‘multiplicadores’ foram usados no texto do documento em tela para identificar, respectivamente, os formadores que participariam diretamente do processo de qualificação dos ACS e os que formariam estes formadores.

Documentos, reuniões e oficinas: construindo a política e ampliando a formação dos ACS

A partir da incorporação da perspectiva das competências profissionais para a formulação da proposta de formação dos ACS, conforme definido no relatório da oficina “Estratégias para a Qualificação/Formação do Agente Comunitário de Saúde”, vai ganhando maior espaço, no processo de formulação da política, a discussão das competências profissionais requeridas a esse trabalhador, de forma a definir-lhe um perfil que sirva de base para a construção curricular.

Assim, neste momento, foi apresentado à discussão o documento “Diretrizes para a Qualificação Profissional Básica do Agente Comunitário de Saúde – ACS – Versão Preliminar” (BRASIL, 2003j), composto por trinta páginas, com créditos institucionais para o Deges/SGTES, datado de agosto de 2003, com a observação de que se tratava de uma versão preliminar.

Esse foi o documento base, objeto de discussão de duas oficinas consecutivas em agosto de 2003 – a primeira foi restrita aos representantes das áreas técnicas do MS; a segunda contou com a participação de representantes dos agentes comunitários de saúde, das ETSUS, dos polos de capacitação em saúde da família, além dos técnicos do MS. A primeira oficina foi organizada como uma prévia da segunda, isto é, um momento preparatório em que os representantes das áreas técnicas do MS fizeram a análise crítica inicial do referido documento, antes da inclusão dos demais atores no debate.

Antes de nos determos no texto do documento em si, cabe notar que o programa escrito das duas oficinas é idêntico, diferindo somente quanto ao público-alvo e à duração das mesmas, ainda que a intenção das duas tenha sido um pouco distinta. Na primeira, a SGTES buscou o apoio e os subsídios das diversas áreas técnicas do MS para a proposta de formação dos ACS, o que pode ser compreendido como uma estratégia de convencimento dirigida aos pares da SGTES no interior do MS. Na segunda, a SGTES pôs em prática o diálogo ampliado com outros sujeitos externos ao MS, neste caso, os próprios trabalhadores e as instituições ligadas à sua formação, buscando também a contribuição e o apoio destes, o que pode ser compreendido, por sua vez, como uma estratégia de convencimento dirigida aos atores externos ao MS.

Em trecho desse programa, podemos encontrar o convite feito aos participantes das oficinas:

O desafio colocado para as instituições formadoras e para os serviços de saúde é organizar programas de qualificação que adotem uma ação crítica, referenciada na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde, assegurando ao ACS o domínio de conhecimentos e habilidades mínimas para o desempenho de suas funções (BRASIL, 2003k, p. 2).

Este trecho do programa das oficinas guarda muita semelhança com algumas pequenas modificações, com um trecho do documento de 1999, “Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde” (BRASIL, 1999b), já comentado nesta publicação⁷⁰. O mesmo trecho se repete na página 7 do documento “Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde – ACS – Versão Preliminar”, de 2003, texto base para as referidas oficinas, que apresenta vários trechos copiados ou adaptados do documento de 1999. Essas repetições mostram a vitalidade das ideias apresentadas no primeiro documento que analisei, fazendo-se presentes mesmo quando as discussões em torno da formação dos ACS já haviam avançado por cinco meses, no ano de 2003.

Voltando ao documento base das oficinas promovidas em agosto de 2003, “Diretrizes para a Qualificação Profissional Básica do Agente Comunitário de Saúde – ACS – Versão Preliminar”, este está estruturado da seguinte forma: 1) Apresentação; 2) Introdução; 3) Justificativa; 4) Bases conceituais e legais que orientam a qualificação básica; 5) Objetivo; 6) Meta; 7) Responsabilidade dos parceiros; 8) Diretrizes; 9) Competências profissionais específicas do ACS; 10) Operacionalização da qualificação básica do ACS; 11) Referencial bibliográfico (BRASIL, 2003j).

Nesse sumário do documento, chama a nossa atenção o item referente à definição de responsabilidade dos parceiros, o que não havia sido feito até então, e o item referente às competências profissionais específicas do ACS. É assim que, nesta conjuntura de formulação da política de formação dos ACS entre 2003 e 2004, chegam à discussão as competências profissionais dos ACS.

Até este documento, as competências eram referidas como modelo de ensino e de organização da proposta formativa nos documentos anteriores, mas o seu conteúdo ainda não havia se apresentado à discussão, nem se colocado efetivamente no processo de organização da proposta formativa⁷¹.

⁷⁰ No documento de 2003, há referência somente à educação crítica, e não mais à educação crítica e automatizadora, como no documento de 1999.

⁷¹ Nos documentos analisados até aqui, somente o documento de 1999 apresentou, além da argumentação em favor do ensino por competências, as competências profissionais dos ACS propriamente ditas.

É curioso notar também que o item 10, referente à operacionalização da qualificação da atenção básica, encontra-se no sumário do documento, mas não foi desenvolvido no texto, que salta do item 9, competências específicas do ACS, para o item 11, referencial bibliográfico. Tal subtração não nos parece um mero equívoco, mas um sinal de que a formulação da política, a esta altura, ainda não alcançara o momento de construção e pactuação das estratégias de implementação e realização da política de formação dos ACS.

O título referente às responsabilidades institucionais apresentou as responsabilidades do Deges/SGTES/MS, das secretarias estaduais de Saúde, das secretarias municipais de Saúde e das instituições formadoras quanto à formação dos ACS. Na parte relativa às diretrizes da formação, encontramos a indicação de uma proposta nomeada, mais uma vez, como uma qualificação básica, com uma carga horária mínima definida em 320 horas, apresentando um aumento significativo em relação às 80 horas da primeira proposta apresentada em março de 2003, e um prazo máximo de execução de seis meses, já considerados os períodos de concentração e dispersão. Na primeira oficina, entre os técnicos do MS, discutiu-se a necessidade de se estabelecer um percentual máximo para a dispersão, devendo este ser de até 30% da carga horária total.

O público-alvo dessa formação seriam os ACS que não tivessem recebido o treinamento introdutório e aqueles que ingressassem no SUS até dezembro de 2003, o que perfazia uma meta de 96.683 ACS cuja formação seria desencadeada nas três esferas de gestão do SUS. Exigia-se que a instituição formadora apresentasse um plano de trabalho para a execução da qualificação básica do ACS e este deveria estar em conformidade com as orientações contidas no “Manual para Elaboração do Programa de Qualificação Profissional Básica do ACS” (não chegou a ser apresentado).

O documento “Diretrizes para a Qualificação Profissional Básica do Agente Comunitário de Saúde – ACS – Versão Preliminar” (BRASIL, 2003j) indicava que o Programa de Qualificação Profissional Básica do ACS deveria ser organizado em módulos e deveria conter um plano de preparação pedagógica dos docentes, nomeados como instrutores/supervisores, o que nos remete à nomenclatura utilizada recorrentemente no ensino em serviço, particularmente no processo de formação dos ACS que se deu, predominantemente, no âmbito da relação com o enfermeiro, o instrutor/supervisor do ACS, como já visto.

Exigia-se que os formadores fossem “profissionais de nível superior, com experiência de trabalho com o ACS, devendo receber preparação pedagógica

específica para executar esta qualificação, com carga horária mínima de 40 horas” (BRASIL, 2003j, p. 16). Considerando o caráter indutor do Ministério da Saúde e a dependência político-financeira das demais instâncias de gestão do SUS em relação à União, o que, em vários casos, também é uma dependência técnica, pode-se deduzir que esta carga horária mínima, proposta para a preparação dos docentes, tenderia a ser a carga horária predominantemente executada.

Os critérios adotados nesse documento em relação aos docentes, isto é, a exigência da formação em nível superior e do que chamaremos de experiência em serviço (experiência de trabalho com ACS), assim como a preparação pedagógica em torno de 40 horas, são condições praticadas nos vários cursos de nível médio, oferecidos na área da saúde, particularmente nas ETSUS.

Pode-se indagar, entretanto, se uma preparação pedagógica pode ser realizada com qualidade num período curto de tempo (40 horas), mas, antes de se concluir algo a esse respeito, é preciso considerar o público-alvo e as demais condições em que esta preparação se daria. Deve-se levar em conta que, no caso das ETSUS, apesar de a maioria destas escolas não possuírem um corpo docente permanente, em geral os formadores são recrutados nos serviços e acabam sendo convocados, repetidamente, aqueles que têm experiência docente anterior e que participaram de alguma preparação pedagógica ao integram outros projetos das escolas.

Além disso, é preciso notar que, no âmbito do Profae, foi realizada a chamada capacitação pedagógica dos docentes que participaram da formação dos trabalhadores de enfermagem. Assim, no momento da discussão da proposta expressa no documento em tela, as ETSUS dispunham de um corpo docente regular, mesmo que não permanente, que já teria passado por alguma qualificação docente. Entretanto, o grande número de agentes comunitários de saúde a serem qualificados implicaria a convocação de um número de docentes maior do que a quantidade já qualificada, o que caracterizaria um problema de escala para a formação do conjunto dos ACS. Estas condições associadas talvez ajudem a explicar a curta duração da proposta de capacitação docente então discutida.

Contudo, o tipo de capacitação proposto (de curta duração e voltado para um processo formativo específico) e os critérios de nível superior e experiência em serviço podem não ser considerados suficientes se o objetivo é construir uma política de formação dos trabalhadores de nível médio da saúde, entre eles, os ACS, que seja permanente e gere outras possibilidades educativas, além do ensino, como é o caso da pesquisa e da integração entre o ensino e a investigação. Essa

outra perspectiva implicaria compreender o nível médio como um nível de educação no qual é preciso investir tanto nas condições de ensino, equipamentos e salas de aula quanto na formação docente, na pós-graduação e em programas de incentivo à pesquisa e à produção tecnológica.

De imediato, tal posição esbarra em duas situações-problema. A primeira diz respeito ao fato de que a educação na saúde é um campo de interface entre dois ministérios – da Saúde e da Educação. Assim, projetos de maior abrangência, investimento e permanência possivelmente necessitariam da atuação articulada e dos recursos dessas duas instituições. Além disso, no setor saúde, a necessidade de respostas rápidas e de se obter resultados imediatos, muitas vezes, enfrenta os problemas de escala, isto é, de não haver profissionais qualificados e em condições de executar o que lhe é exigido, conforme visto.

Este poderia ser o caso da capacitação dos docentes para uma formação profissional mais ampla e abrangente dos trabalhadores ACS. A opção de trabalhar com as condições e os recursos já existentes, muitas vezes, é a única maneira imediatamente possível de realizar um projeto diante de uma oportunidade em um certo contexto político favorável. Entretanto, deve haver limites para isso, sob pena de a realização do possível terminar impedindo as transformações necessárias ao setor saúde que exigem mais longo prazo e investimentos maiores e permanentes, como é o caso do campo da gestão do trabalho e da educação.

De volta aos documentos do processo de formulação da política de formação dos ACS, é importante registrar que o documento “Diretrizes para a Qualificação Profissional Básica do Agente Comunitário de Saúde – ACS – Versão Preliminar” indicava também que “o programa de curso deveria ser elaborado considerando o perfil do ACS, tendo por base o proposto pelo MS” (BRASIL, 2003j, p. 15) e estabelecia a integração ensino-serviço como eixo metodológico.

Mais uma vez, o ensino por competências profissionais e o eixo metodológico do ensino em serviço formam um par, justificando-se na necessidade de articular teoria e prática, ensino e realidade, como se o ensino prescindisse de realidade ou como se houvesse um real mais legítimo na prática nos serviços.

Em relação ao tema do ensino por competências, o documento o apresenta como o caminho para a construção do programa de formação, opção justificada, mais uma vez, pela necessidade de adequar a formação dos profissionais às necessidades do SUS, como vemos no trecho a seguir:

No processo de organização do trabalho das equipes do PSF, o desafio de preparar profissionais adequados às necessidades do SUS exige a definição de um novo perfil de qualificação para os ACS, onde sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem. A busca de alternativas que propiciem a construção de programas de ensino com tais características leva à incorporação do conceito de competência, cuja compreensão passa necessariamente pela vinculação entre educação e trabalho (BRASIL, 2003j, p. 16-17).

Deve-se notar que este trecho é a cópia idêntica de um trecho do documento de 1999, já comentado, mais de uma vez, neste livro, utilizado, naquele documento, também para defender o ensino por competências (BRASIL, 1999b).

Em relação ao ensino em serviço, o documento de 2003 argumenta que:

A qualificação básica *deverá* ter como eixo metodológico a integração ensino-serviço, permitindo que os ACS construam conhecimentos baseados em suas experiências anteriores, focadas na aquisição de estruturas mentais que valorizem o processo de aprendizagem através de atividades que estimulem o desenvolvimento mental, a tomada de decisões, as percepções e reflexões sobre sua prática, com ênfase no trabalho cooperativo (BRASIL, 2003j, p. 15, grifo meu).

Quanto à escolaridade, os ACS “que não possuem o ensino fundamental serão estimulados a concluir a escolaridade, sendo garantido o direito à certificação da qualificação básica” (BRASIL, 2003j, p. 16).

No trecho referente à integração ensino-serviço, destaquei o uso do verbo ‘dever’, típico de textos de diretrizes, demonstrando a intenção indutora do MS em relação ao formato que a qualificação profissional do ACS deveria tomar. Curioso é perceber que, no item escolaridade, o tom modifica-se, transformando-se numa referência, um tanto vaga, ao estímulo à escolarização dos ACS, não se configurando esta como um direito e, portanto, não havendo a correspondente enunciação da atribuição do dever – a quem caberia fazer cumprir esse direito e como e por quem ele seria cumprido.

Talvez esse tom seja devido ao fato de a escolaridade do trabalhador ser mais um elemento do campo da gestão da educação em saúde que esteja na interface entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. De qualquer forma, cabe notar que essa questão permaneceu um problema e se agravou quando a formulação da política indicou a formação em nível técnico dos ACS, conforme veremos adiante.

Em relação ao tema da origem comunitária do ACS e o papel de elo entre serviço e comunidade, o documento “Diretrizes para a Qualificação Profissional Básica do Agente Comunitário de Saúde – ACS – Versão Preliminar” enuncia:

O Agente Comunitário de Saúde desempenha um importante papel como elo entre a equipe, o serviço de saúde e a família/comunidade. O fato de ser morador da comunidade em que atua facilita a vinculação e identidade cultural com as famílias e a percepção dos anseios e demandas dessa comunidade (BRASIL, 2003j, p. 7).

No mesmo caminho argumentativo traçado no documento de 1999, o documento de 2003 lista vários problemas e necessidades de saúde cujas soluções podem ser construídas com a inserção do ACS nas equipes de saúde da família, reforçando a tese do papel fundamental que o ACS tem na reorganização da atenção básica e na transformação do modelo de atenção.

Deve-se destacar também que o papel das Escolas Técnicas do SUS vai se tornando mais claro, a essa altura, sendo destacada a competência legal destas instituições para realizarem as atividades necessárias para a certificação da qualificação profissional dos ACS, inclusive a validação de estudos anteriores. Entretanto, argumenta-se que os processos educativos “devem ser realizados nos serviços de saúde, considerados aqui como espaços pedagógicos por excelência para o desenvolvimento das competências e habilidades que o profissional requer” (BRASIL, 2003j, p. 9).

Em linhas políticas gerais, a respeito do documento, deve ser destacado que ele atribui as conquistas legislativas alcançadas, no sentido do reconhecimento profissional dos ACS, ao movimento organizado desses trabalhadores. Um outro diferencial político desse documento é a menção à Reforma Sanitária como referência doutrinária, além da alusão ao SUS, como estratégia de reordenação setorial e institucional (BRASIL, 2003j).

Nessa perspectiva, compreendo que a articulação feita entre o direito à saúde e o direito à educação e entre estes e a responsabilidade do Ministério da Saúde na formulação de políticas de ordenação da formação dos chamados recursos humanos é um outro diferencial político que começa a se fazer presente a partir desse documento (mesmo com a questão da escolaridade ainda não tendo sido efetivamente contemplada⁷² na agenda da SGTES):

⁷² Considero que a questão da escolaridade dos ACS não tenha sido efetivamente contemplada na agenda da SGTES porque não gerou, até esse momento, propostas de políticas.

Considerando os direitos à saúde e educação como requisitos para a cidadania, permanece atual e pertinente a responsabilidade político-institucional do Ministério da Saúde na formulação e implementação de políticas de interesse para o setor, dentre as quais destaca-se a ordenação da formação de recursos humanos (artigo 6º, inciso III da Lei 8080/90). Neste sentido, a conquista do direito à saúde e educação recontextualiza-se em *direito à educação profissional em saúde* (BRASIL, 2003j, p. 8, grifos dos autores).

Nesse documento, também começa a se vislumbrar a possibilidade de um itinerário formativo para os ACS, que partiria da qualificação profissional básica, podendo continuar na habilitação profissional técnica ou, ainda, chegar até a educação tecnológica de nível superior:

Essa trajetória da qualificação profissional básica, avaliada, reconhecida e certificada pela escola, independente do nível de escolaridade do aluno, para a qualificação profissional técnica cujo perfil de conclusão exige a conclusão do ensino fundamental (Parecer CNE nº 10/00) até a habilitação profissional, cujo perfil de conclusão determina estar cursando ou ter concluído o ensino médio, poderá constituir-se em itinerário, com possibilidade até de se alcançar a educação profissional tecnológica de nível superior (BRASIL, 2003j, p. 10).

Curioso, entretanto, é notar a definição do final da trajetória formativa do ACS na educação profissional tecnológica de nível superior, assumindo, *a priori*, que o caminho da formação técnica, se atingir a educação de nível superior, será necessariamente a educação tecnológica. Minha preocupação reside na possibilidade de que o documento possa assim reforçar o entendimento hegemônico sobre a educação tecnológica, ignorando as críticas que a ela têm sido dirigidas. Tais críticas, em geral, incidem sobre a duração dos cursos, a prevalência do componente técnico de caráter mais prático do que teórico, além de levantarem a possibilidade de esta formação contribuir para aprofundar a divisão social e técnica do trabalho, criando trabalhadores de nível superior cuja qualificação os conduz a postos intermediários entre os técnicos e os profissionais de nível superior tradicional.

A política de formação dos ACS como parte de uma política de governo para os trabalhadores: a perspectiva do direito e da cidadania

Em setembro de 2003, o Deges/SGTES apresenta à discussão o primeiro documento especificamente construído sobre o perfil de competências profissionais dos ACS, chamado “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS (Versão Preliminar de 01/09/03)” (BRASIL, 2003l).

Este documento fazia parte de um conjunto de documentos da oficina “Regulamentação Profissional do Agente Comunitário de Saúde”, promovida pelo Grupo de Trabalho Interministerial (Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério Público do Trabalho e Ministério da Previdência Social), em setembro de 2003⁷³, com o objetivo de:

(...) promover debates envolvendo os diversos órgãos governamentais, gestores, Conass, Conasems, Opas, Ministério Público e Entidades representativas dos ACS, visando subsidiar proposta de regulamentação da Lei Nº 10.507 de 10 de julho de 2002, que criou a profissão do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2003m).

De uma forma geral, o documento “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS (Versão Preliminar de 01/09/03)” assemelha-se a uma versão reduzida do documento “Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde – ACS – Versão Preliminar”, focalizando a apresentação das competências profissionais dos ACS. Seu objetivo declarado é “apresentar o perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde com vistas a subsidiar as instituições formadoras na elaboração de programas de formação baseados no modelo de competências” (BRASIL, 2003l, p. 4).

Seu auditório enunciado é composto por “(...) todos os trabalhadores da saúde, especialmente (...) aqueles que atuam nas equipes do Pacs e PSF (...)”, a quem o documento busca apresentar a proposta do perfil de competências profissionais dos ACS (BRASIL, 2003l, p. 3). O auditório aumentado deste documento, em relação aos demais, parece denotar o intuito do Deges/SGTES de incorporar outros atores e de ampliar a interlocução sobre o referido perfil, o que foi feito progressivamente, até a realização da consulta pública que comentarei adiante.

Porém, no item “Finalidade” do mesmo documento, os objetivos apresentados dirigem-se às instituições formadoras, que ganharam centralidade no projeto de formação dos ACS, uma vez que, neste documento, lhes é atribuída, com exclusividade, a responsabilidade de construção dos programas de qualificação destes trabalhadores, baseados no perfil de competências profissionais proposto. A estas instituições caberia a tarefa de identificar e organizar a hierarquia e as transversalidades entre as competências contidas no perfil apresentado.

⁷³ Esta oficina se realizou um mês após as oficinas que discutiram o documento “Diretrizes para a Qualificação Profissional Básica do Agente Comunitário de Saúde – ACS – Versão Preliminar”, o que demonstra o esforço concentrado em torno das questões dos ACS no âmbito do governo federal, no período estudado.

O referido documento ressalta certos aspectos apresentados como fundamentais no processo de elaboração da proposta de perfil de competências profissionais dos ACS. Em primeiro lugar, destaca que esse perfil seria “consistente com os princípios gerais que regem a prática profissional de todos os trabalhadores da saúde”, os quais seriam os princípios éticos e de trabalho em equipe (BRASIL, 2003I, p. 3). Em seguida, destaca a abrangência desse perfil que contemplaria os aspectos da prática dos ACS, considerando “suas especificidades em relação aos locais de produção dos serviços, às formas de inserção e organização do trabalho e ao atendimento das demandas dos indivíduos, grupos e coletividades” (BRASIL, 2003I, p. 3).

Um terceiro destaque diz respeito à observância da lei n. 10.507, de julho de 2002, que criara a profissão, e ao decreto n. 3.189/99, que fixara as diretrizes para o trabalho de ACS.

E, finalmente, o documento destaca a importância estratégica de a qualificação profissional ser promovida mediante processos sistemáticos de formação vinculados à escola, justificando-a no fato de a escola ser a instância à qual compete legalmente aproveitar estudos anteriores dos educandos e certificar a qualificação profissional com validade nacional (BRASIL, 2003I).

Estes quatro aspectos destacados representam preocupações presentes no processo de formulação do perfil de competências profissionais dos ACS que parecem responder a questões debatidas no processo de discussão das competências profissionais específicas dos ACS, contidas no documento anterior (“Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde – ACS – Versão Preliminar”, de agosto de 2003).

O primeiro e o último aspectos enumerados no documento “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS (Versão Preliminar de 01/09/03)” agregam duas questões importantes para a discussão da formação dos ACS: a preocupação em articular a definição das competências profissionais dos ACS com atributos requeridos aos demais trabalhadores da saúde e a opção pela qualificação profissional dos ACS ser realizada por meio de processos de formação vinculados à escola.

A importância de ambos está no fato de contribuírem para o reconhecimento profissional dos ACS – o primeiro, por localizar o ACS no universo dos trabalhadores da saúde, atribuindo-lhes qualidades comuns; o último, por conferir sistematicidade ao processo formativo deste trabalhador, vinculando-o ao sistema

de ensino escolar, o que tende a promover maior estabilidade a essa formação, aproximando-a dos processos já instituídos de qualificação profissional, que implicam a certificação legal, a validação institucional e o reconhecimento social.

Mais adiante, no mesmo documento, encontra-se a defesa da realização de processos sistemáticos de formação para a promoção da qualificação profissional, cuja importância estaria no reconhecimento da educação como “um instrumento fundamental da cidadania” (BRASIL, 2003I, p. 7).

A esse respeito, deve-se notar que a referência a processos sistemáticos de formação para a qualificação profissional em saúde representa uma posição indispensável para que se supere a situação ainda vigente de oferta de sucessivas capacitações e treinamentos, voltados para os trabalhadores de nível médio da saúde, que não representam um processo articulado de profissionalização ou especialização destes trabalhadores.

Além disso, deve-se analisar essa argumentação também quanto ao fato de aludir à educação como um instrumento de cidadania. Lembrando que, no documento anteriormente analisado, a SGTES apresentou a associação entre o direito à saúde, o direito à educação e o direito dos trabalhadores da saúde à educação profissional como condição para a realização dos dois primeiros, posso compreender que as noções de direito e de cidadania passaram a nortear a formulação da política de formação dos ACS.

Note-se, assim, que o processo de formulação da política de formação dos ACS vai ganhando um sentido que se torna preponderante e que passa a indicar uma direção para a construção dessa política. Este sentido parece ser a concepção da educação, do trabalho e da saúde como direitos sociais e do papel que o Ministério da Saúde e os demais gestores do SUS têm na realização desses direitos – direitos estes tratados numa perspectiva que os concebe como indissociáveis.

Em entrevista a mim concedida no processo desta pesquisa, Maria Luiza Jaeger, secretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no período estudado, afirmou: “(...) tem uma coisa que é o direito das pessoas de acesso à formação. E era um direito que os ACS reivindicavam, e que eu acho que qualquer sujeito pode reivindicar e tem o direito, principalmente alguém que é servidor público (...).” Essa afirmação ajuda a qualificar a compreensão de educação profissional que passou a vigorar na condução das políticas de gestão da educação dos trabalhadores do SUS, especificamente dos ACS, no período estudado.

Trata-se da concepção da educação profissional como um direito de cidadania e do reconhecimento do papel do Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Educação, como ordenador da formação de todos os trabalhadores da saúde, de todos os níveis de escolaridade. Foi se instituindo uma política negociada que representava uma posição conjunta do Ministério da Saúde, da Educação, do Trabalho e do Planejamento, assim como da Casa Civil e do Palácio, sobre a necessidade de se promover o acesso à educação e à formação dos trabalhadores do setor público. Segundo Maria Luiza, “o governo Lula não podia falar em melhoria do nível educacional da população e não defender isso para os servidores públicos, para os trabalhadores do setor público”. Tratava-se, portanto, de uma política que a SGTES buscou caracterizar como uma política do governo Lula, e não somente do Ministério da Saúde, mesmo que no interior deste ministério tenha havido a necessidade de convencimento de outros setores, principalmente quando a política de formação dos ACS passou a indicar o nível técnico como o mais adequado para a qualificação deste trabalhador – conforme o relato da Maria Luiza Jaeger, em entrevista, já mencionado.

***A consulta pública sobre o Perfil de Competências Profissionais dos ACS:
ampliando a participação no processo de formulação da política***

Conforme vimos, a partir da publicação da primeira versão do Perfil de Competências Profissionais dos ACS, ganhou maior ênfase a discussão das competências profissionais que passou a ser a principal estratégia metodológica de construção da proposta de formação dos ACS, por meio da qual se organizaram as reuniões do grupo de trabalho e as oficinas ampliadas para a discussão da política de formação dos ACS no Ministério da Saúde. A esta estratégia metodológica somou-se uma nova estratégia política, que foi a realização de uma consulta pública sobre o perfil de competências dos ACS, realizada entre 31 de outubro e 31 de dezembro de 2003, no site do Ministério da Saúde.

Nesse processo, a consulta pública foi apresentada como meio de validação do perfil de competências profissionais proposto pelo MS (BRASIL, 2003n). O texto da nota explicativa que abre a consulta, assinado por Maria Luiza Jaeger, então secretária da SGTES, dizia que:

(...) o recorte para a atuação do ACS, apresentado neste documento, está sujeito à validação. Torna-se imprescindível a ampla participação de atores sociais envolvidos com a prática destes profissionais, na identificação e negociação do perfil de ações, o que possibilitará uma melhor percepção dos recortes necessários para delimitar o campo de ação destes profissionais (BRASIL, 2003n, p. 2).

Este trecho da nota explicativa, acrescido do convite que abria a consulta pública, no qual o Ministério da Saúde apresentou a consulta como “a opção para possibilitar a participação de todos” (BRASIL, 2003n, p. 1), conformam esta consulta como um mecanismo pensado para ampliar a participação pública no processo de construção da política de qualificação profissional do ACS, uma vez que este teria como referência o perfil de competências posto em enquete.

A referida consulta gerou 4.930 acessos, somando 698 pessoas ou instituições cadastradas, 526 participantes, e obtendo 385 opiniões que foram registradas no formulário de sugestões da consulta (BRASIL, 2004g). O resultado da consulta pública foi sistematizado pelo grupo de trabalho do MS e revisto pelo então diretor do Deges, Ricardo Ceccim, sendo publicado no documento “Consulta Pública do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – Relatório”, de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004g).

Segundo o referido relatório, participaram da consulta pública do perfil de competências dos ACS: órgãos gestores; entidades de classe; universidades e faculdades; escolas técnicas de saúde, centros formadores, escolas de saúde pública e escolas de formação técnica; outras entidades; fundações; pessoas físicas; conselhos; e uma instituição internacional (BRASIL, 2004g).

Entretanto, é importante notar que o acesso a equipamentos de informática, as condições de acesso à Internet e o desenvolvimento das habilidades para navegação ainda são desiguais no país, como eram nessa época, e podem ter representado uma dificuldade para que os trabalhadores ACS e outros participassem dessa consulta. Outro aspecto a se considerar é a dinâmica de análise do material obtido pela consulta, uma vez que esta somente considerou, para fins de sistematização, as sugestões que se caracterizavam como propostas de alteração ao documento do perfil de competências dos ACS, desconsiderando críticas e análises que não tivessem essa objetividade (BRASIL, 2004g).

Versões de um mesmo tema: o perfil de competências profissionais dos ACS

Neste estudo, encontrei oito apresentações das competências profissionais dos ACS no processo de discussão da formulação da política de formação desses trabalhadores, entre março de 2003 e julho de 2004, sendo que uma

dessas versões foi produzida no documento de 1999. Dessas oito apresentações, seis são versões de um mesmo documento, especificamente formuladas para apresentar as competências dos ACS à discussão e negociação e que foram sendo revistas, em função da discussão/negociação e da consulta pública.

Os oito documentos apresentados ao debate da formação dos ACS que contêm versões das competências profissionais dos ACS são:

- Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde, de novembro de 1999 (BRASIL, 1999b);
- Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde – ACS – Versão Preliminar, de agosto de 2003 (BRASIL, 2003j);
- Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS – Versão Preliminar, 1º de setembro de 2003 (BRASIL, 2003i);
- Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS – Versão Preliminar, de 6 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003o);
- Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS) – versão de outubro de 2003, enviada à consulta pública (BRASIL, 2003n);
- Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS) – Versão Preliminar (revisão feita a partir da consulta pública), de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004h);
- Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – Versão Preliminar, de março de 2004 (BRASIL, 2004i);
- Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – versão final, publicada como anexo no Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, de julho de 2004 (BRASIL, 2004j).

Procurei realizar a análise destes documentos buscando identificar mais os argumentos que defenderam a utilização do modelo de competências profissionais e analisar menos o conteúdo das competências, por compreender que tais argumentos revelam concepções sobre o trabalho dos ACS, sobre a qualificação necessária e adequada a este trabalhador e, correlatamente, sobre as formas de conceber a saúde, o processo de saúde, a educação e o processo de formação dos trabalhadores de nível médio, particularmente dos ACS.

A versão final das competências profissionais dos ACS, que foi publicada no documento “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saú-

de” – uma publicação em formato de um pequeno caderno de 64 páginas, impressa e disponibilizada no *site* do MS –, encerrou um ciclo de discussões, mas não silenciou as polêmicas suscitadas pela proposição da formação em nível técnico dos ACS, cujas diretrizes tornaram-se públicas em julho de 2004.

Entre as seis versões do “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde”, encontrei uma série de pequenas mudanças no texto do documento que, em todas elas, dividia-se em seis partes, cuja denominação final foi: 1) Apresentação; 2) Finalidade; 3) Descrição da profissão; 4) O conceito de competência profissional; 5) Contextualização do conceito de competência profissional para o agente comunitário de saúde; 6) Descrição operacional das competências profissionais do agente comunitário de saúde. Ao final, os documentos apresentavam também uma bibliografia. As variações encontradas nos documentos localizam-se tanto nos textos e títulos dessas partes quanto no enunciado das competências e nas habilidades e nos conteúdos a elas associados.

Os quatro aspectos que foram apresentados como fundamentais no processo de elaboração da proposta de perfil de competências dos ACS, destacados na primeira versão do “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde”, que analisei anteriormente, sofreram modificações e acréscimos na versão final do perfil, merecendo nossa atenção. Os aspectos então apresentados eram: a consistência com os princípios que regem a prática profissional de todos os trabalhadores da saúde, o fato de este perfil ser abrangente e considerar as especificidades locais, a observância à legislação vigente e, finalmente, o papel das ETSUS na formação para o desenvolvimento do perfil de competências.

Em primeiro lugar, deve-se notar que a referência aos princípios gerais que regem a prática profissional dos trabalhadores da saúde materializou-se na referência explícita aos princípios e diretrizes da NOB RH/SUS (aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e homologada pelo ministro da Saúde em novembro de 2003). Em segundo, destaca-se a inclusão da perspectiva da formação em itinerário, entre os argumentos que justificam a necessidade de um processo sistemático de formação dos agentes. E, por último, há um novo aspecto considerado, que é “a valorização da singularidade profissional do ACS como um trabalhador da interface setorial da saúde, assistência social, educação e meio ambiente” (BRASIL, 2004j, p. 52).

Na versão final do perfil de competências desses profissionais, os três elementos destacados entre os aspectos qualificantes do processo de formulação das competências dos ACS parecem expressar a atualização da proposta em constru-

ção, em relação ao contexto legal e à correlação de forças postas no debate e nas negociações do processo de formulação da política de formação dos ACS. Assim, vejamos: a referência à NOB RH/SUS, que foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2003; a inclusão da perspectiva do itinerário formativo, coerente com o texto do então projeto do futuro decreto n. 5.154 de julho de 2004, que substituiu o decreto n. 2.208 da Educação Profissional, e com a preocupação exposta por representantes de Escolas Técnicas do SUS, particularmente da EPSJV/Fiocruz, com a continuidade da formação desses trabalhadores; e a localização intersetorial do trabalho dos ACS, uma compreensão cada vez mais presente nos debates da política.

Entre as seis versões do “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde”, não há qualquer mudança mais significativa que pudesse caracterizar uma transformação no perfil proposto inicialmente ou um novo rumo para a formulação da política de formação dos ACS. Pode-se afirmar que as linhas de condução geral da política de formação dos ACS foram se fortalecendo e se desenvolvendo no processo de construção e discussão do “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde”.

Os enunciados das competências profissionais dos ACS têm, em comum, a caracterização de um trabalhador que atua em frentes estratégicas para a realização dos princípios da saúde da família, com um campo de atuação bastante amplo, localizado nas práticas de vigilância, prevenção e promoção da saúde – visando tanto aos indivíduos quanto às famílias, aos grupos e às coletividades. A essas práticas são agregadas também atividades de monitoramento de condições de saúde, de produção de informações e de interação social, configurando um escopo de trabalho composto de práticas educativas, de informação e comunicação, de planejamento e avaliação e de mobilização social.

O Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: forma final da política de formação dos ACS?

Pode-se dizer que o documento que materializa o formato da política de formação dos ACS, resultante do processo de debate promovido pela SGTES, no período compreendido entre março de 2003 e julho de 2004, é o “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, publicado conjuntamente pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004e).

O referencial curricular é um documento que regula a formação dos ACS perante as secretarias e os conselhos estaduais de Educação. Nele estão expressas as diretrizes que devem orientar as instituições formadoras na construção de planos de curso técnico de agente comunitário de saúde, os quais são encaminhados aos conselhos estaduais de Educação para aprovação, condição para que os cursos sejam reconhecidos formalmente e funcionem legalmente no âmbito dos estados⁷⁴. Esse documento condensou os delineamentos que a política de formação dos ACS vinha tomando e pode ser compreendido como a vitória, até certo ponto, da proposta de formação técnica para esses trabalhadores.

Antes de apresentar o referencial curricular propriamente dito, preciso colocar a concepção de currículo em que me baseio para analisar o “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” e, depois, veremos o que este documento determina para a formação técnica dos ACS.

Compreendo currículo como um espaço de disputa político-ideológica, uma vez que este consiste na forma organizada de apresentar os objetivos da educação, isto é, representa a síntese dos objetivos e finalidades que permeiam a educação, para garantir, em última instância, um determinado projeto de sociedade (conservação cultural em termos hegemônicos), mas também como espaço em que outras possibilidades podem ser construídas, ou seja, como espaço de contra-hegemonia.

Esse processo se dá por meio da seleção e organização dos conteúdos, da organização pedagógica formal e das práticas não-formais de relação (que se estabelecem para além dos espaços para os quais os currículos foram prescritos), sempre que construídas sob a direcionalidade pedagógica do currículo.

Em relação ao “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, este se apresenta como um instrumento da política de educação profissional promovida pelo Ministério da Saúde, que busca responder às necessidades de preparação de “profissionais adequados tanto às políticas e estratégias do SUS, quanto às concepções de formação assumidas pelo setor saúde e educacional” (BRASIL, 2004e, p. 12). O referencial é construído, então, como um instrumento que possa “subsidiar as instituições formadoras na elaboração dos programas de profissionalização dos agentes comunitários de saúde” (BRASIL, 2004e, p. 12).

⁷⁴ Esse trâmite não se aplica às escolas federais, como é o caso da EPSJV, única escola federal que integra a RET-SUS.

Trataremos o “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” como um instrumento indutor da política de formação técnica dos ACS, associado às estratégias de financiamento dessa formação, cujo principal efeito é colocar na cena política a formação técnica como meta e um itinerário formativo para que esta seja alcançada, conciliando a questão da necessidade de elevação da escolaridade de parte dos ACS e da não criação de estratos profissionais dentro da categoria desses trabalhadores, conforme veremos a seguir.

A formação técnica é justificada por quatro argumentos associados no documento – a política de educação profissional para o setor saúde, a importância do ACS na mudança das práticas em saúde, seu papel social e seu perfil de escolaridade, conforme podemos ver no trecho seguinte:

(...) as definições da política de educação profissional para o setor saúde, a importância do agente comunitário no contexto de mudanças das práticas de saúde, seu papel social junto às comunidades e seu perfil de escolaridade constituem uma base sólida onde se sustentam a necessidade e a pertinência de uma formação profissional em nível técnico (BRASIL, 2004e, p. 17).

A proposta de formação técnica dos ACS apresenta-se dividida em três etapas formativas que configuram um itinerário, conforme delineado no processo de discussão dessa política. Para cada etapa formativa foram previstos requisitos de acesso distintos, visando a tornar a entrada na primeira etapa o mais universal possível e especificando níveis de escolaridade para a segunda e a terceira etapas. Vejamos os requisitos de acesso conforme expressos no referencial curricular:

- a) etapa formativa I: formação inicial: acesso a todos os agentes comunitários de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde, independentemente de escolarização;
- b) etapa formativa II: concluintes da etapa formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental;
- c) etapa formativa III: concluintes das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio (BRASIL, 2004e, p. 18).

A proposta de formação técnica em etapas formativas, com requisitos diferenciados e progressivos, buscou contemplar, principalmente, duas questões: a questão da escolaridade diferenciada dos ACS, grupo de trabalhadores no qual ainda havia pessoas somente alfabetizadas, e a preocupação com um possível desdobramento da divisão técnica do trabalho no interior da profissão dos ACS (BRASIL, 2004k).

Assim, a proposta incorporou a ideia de formação inicial – que corresponde à qualificação básica exigida pela lei n. 10.507, outrora vigente, para o exercício da profissão de ACS – e propôs uma entrada que contemplasse todos os ACS em exercício, mas não previu saídas intermediárias profissionalizantes, sendo a profissionalização obtida somente com a conclusão das três etapas do curso técnico de agente comunitário de saúde.

Os dados de escolaridade dos ACS, apesar de revelarem um perfil heterogêneo, mostravam-se bastante favoráveis à proposta de formação técnica desses trabalhadores. À época, segundo dados do DAB de março de 2004, em torno de 60% dos ACS tinham o Ensino Médio completo ou incompleto; 18% possuíam o Ensino Fundamental completo; e 22% apresentavam o Ensino Fundamental incompleto. Essas informações conformavam um quadro no qual os gestores da SGTES então percebiam a necessidade de se desenhar uma política de elevação de escolaridade, que pudesse se desenvolver de forma concomitante e articulada à política de formação técnica desses trabalhadores (BRASIL, 2004k).

Algumas possibilidades foram estudadas nesse sentido, chegando a serem mencionadas duas: a possibilidade de inserção dos ACS nos projetos estaduais de educação de jovens e adultos e a inclusão destes trabalhadores nas turmas promovidas pelo Profae, onde houvesse saldo deste programa para a escolarização (BRASIL, 2004k). Chegou também a haver uma articulação inicial com a Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (Setec/MEC)⁷⁵ quanto à definição de estratégias de complementação da escolaridade dos ACS (BRASIL, 2004l), mas o processo não avançou, sendo inicialmente dificultado pelas mudanças na composição do Ministério da Educação e, depois, interrompido pelas alterações na composição do próprio Ministério da Saúde.

Em termos de carga horária, o mínimo estabelecido para o curso técnico de ACS é de 1.200 horas, distribuídas entre as três etapas formativas: 400 horas na primeira etapa, 600 na segunda e 200 na terceira. Na carga horária dessas etapas deveria estar prevista, também, a prática profissional; já o estágio supervisionado – facultativo – teria uma carga horária própria acrescida à carga horária total do curso (BRASIL, 2004e).

O referencial prevê o aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores desenvolvidas pelos alunos, caso estas estejam relacionadas com o per-

⁷⁵ A Setec é criada a partir do decreto n. 5.159, de 28 de julho de 2004, que modificou a estrutura do MEC, conforme já mencionado.

fil profissional de conclusão do curso e tenham sido desenvolvidas em processos de formação no trabalho ou, ainda, em outros meios informais.

Em relação aos docentes envolvidos na formação técnica, o referencial curricular segue o que está previsto no artigo 17 da resolução CNE/CEB n. 04/99, que permite que a preparação para o magistério na educação profissional de nível técnico se dê em serviço, por meio de cursos de licenciatura ou em programas especiais (BRASIL, 1999c).

Quanto ao diploma, o referencial estabelece que este será conferido “aos estudantes que concluírem todas as etapas do Curso, tendo desenvolvido as competências requeridas e já possuírem o diploma do Ensino Médio” (BRASIL, 2004e, p. 45), onde deverá constar Técnico Agente Comunitário de Saúde.

Para a definição das três etapas formativas, as cinco competências profissionais dos ACS foram agrupadas em três âmbitos de atuação deste trabalhador, de forma que cada etapa formativa correspondesse a um desses âmbitos. Podemos observar essa organização no quadro a seguir:

Quadro 1 – Etapas formativas, âmbitos de atuação e competências dos ACS

<p>Etapa Formativa 1 – Contextualização, aproximação e dimensionamento do problema. O perfil social do técnico agente comunitário de saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS.</p>	<p>Etapa Formativa 2 – Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes.</p>	<p>Etapa Formativa 3 – Promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.</p>
<p>Âmbito de atuação: mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e o planejamento das ações.</p>	<p>Âmbito de atuação: promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes.</p>	<p>Âmbito de atuação: promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.</p>
<p>Competências: 1) Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades. 2) Realizar, em conjunto com a equipe, as atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde. 3) Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde⁷⁶.</p>	<p>Competências: 1) Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, à gestão social das políticas públicas de saúde e ao exercício do controle social da sociedade sobre o setor saúde. 2) Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.</p>	<p>Competências: 1) Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde.</p>

⁷⁶ Esta competência foi incluída neste âmbito de atuação do ACS no “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, mas não está prevista no “Perfil de Competências do Agente Comunitário de Saúde”, onde só constam cinco competências.

Esses âmbitos de atuação e as competências que lhes são correspondentes denotam a incorporação do perfil de competências profissionais delineado no processo de formulação da política de formação dos ACS, com a abrangência e as características já comentadas oportunamente. Conforme visto, tal perfil conforma um trabalhador cujo escopo de atuação é bastante amplo, transitando entre práticas de educação e informação em saúde, com caráter individual, grupal e coletivo, nos campos de interface entre a vigilância, a prevenção e a promoção da saúde.

Segundo o referencial, "a formação deverá valorizar a singularidade deste trabalhador, tendo as características do seu perfil social, a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integrantes do processo formativo" (BRASIL, 2004e, p. 21).

Em cada etapa formativa, são listadas as habilidades, caracterizadas como a dimensão do 'saber fazer', e enumerados os conhecimentos, identificados como a dimensão do 'saber', que devem ser desenvolvidos naquela etapa, em duas colunas paralelas, formando uma tabela. Segundo o referencial curricular, a dimensão do 'saber-ser', enunciada também como 'produção de si', é "considerada transversal a todas as competências e se expressa pela capacidade crítica, ética, reflexiva e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas" (BRASIL, 2004e, p. 24).

Compreendendo que a dimensão do 'saber-ser'/'produção de si' projeta o que se espera da formação para o ACS em relação ao que se pode chamar de subjetividade deste trabalhador, reproduzo, a seguir, o que o referido documento apresenta em relação ao 'saber-ser' dos ACS:

- interagir com os indivíduos e seu grupo social, com coletividades e a população;
- respeitar valores, culturas e individualidades ao pensar e propor as práticas de saúde;
- buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa;
- recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados;
- levar em conta a pertinência, oportunidade e precisão das ações e procedimentos que realiza, medindo-se pelos indivíduos, grupos e populações a que se refere sua prática profissional;
- colocar-se em equipe de trabalho em prol da organização e eficácia das práticas de saúde;

- pensar criticamente seus compromissos e responsabilidades como cidadão trabalhador (BRASIL, 2004e, p. 24).

A descrição do que se espera produzir em termos de subjetividade dos ACS parece-me indicar uma subjetividade conformada em relação ao trabalho e à realização das atribuições que lhe são prescritas no modo instituído de produzir, de realizar o processo de trabalho na saúde da família. O perigo que vislumbro é produzirem-se, assim, atributos subjetivos subordinados ao agir, à realização das práticas e ao trabalho prescrito.

Nesse quesito, podemos perceber uma perspectiva reducionista presente no construto das competências profissionais aplicado à formação dos ACS: as características subjetivas desejadas aos ACS são imediatamente associadas e aplicadas às situações do trabalho prescrito. Notemos que, assim, o trabalho perde a sua dimensão ontológica – como atividade criadora constitutiva do ser humano, por meio da qual ele transforma a natureza e produz a sua existência – e acaba reduzido à sua dimensão de ocupação, de emprego – forma assumida pelo trabalho nas formações sociais no marco do capitalismo que, no caso de muitos ACS, significou uma vinculação precarizada em relação às formas de contratação e aos direitos associados ao contrato formal de trabalho.

Notemos também, mais uma vez, o predomínio da dimensão prática do trabalho reproduzido na formação dos ACS, reforçando um certo pragmatismo na compreensão da relação entre formação e trabalho.

Ainda em relação à política de formação técnica do ACS, para localizá-la melhor no plano mais geral da política de educação profissional que a SGTES/MS buscou instituir para o SUS, entre 2003 e meados de 2005, auxiliou-me um último documento intitulado “Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde – subsídios para discussão”, publicado pelo Deges/SGTES, em setembro de 2004 (BRASIL, 2004I).

Neste documento, são reconhecidas o que o texto chama de limitações históricas no âmbito da intervenção do Estado no campo da educação dos trabalhadores de nível médio que atuam no setor saúde e que corresponderiam a “uma visão restritiva, técnico-instrumental da formação, muitas vezes reduzidas a treinamentos introdutórios e emergenciais” (BRASIL, 2004I, p. 2). Também neste documento, o Deges assume como desafio “criar condições infra-estruturais e permanentes, desenvolvendo estratégias para fortalecer a capacidade de formação própria do SUS” (BRASIL, 2004I, p. 2).

O documento apresenta a necessidade de fortalecer a política de profissionalização técnica para que esta seja capaz de atender aos trabalhadores de outras áreas, além da enfermagem, e lista as seguintes áreas: saúde comunitária, saúde bucal, saúde mental, saúde do idoso, de registros e informações, de nutrição e dietética e de laboratório de biodiagnóstico, sem deixar de reconhecer que a enfermagem está relacionada de maneira direta ou indireta a todas elas.

Reconheço nessa preocupação a mesma perspectiva, já apontada no documento alfa, que inclui o ACS num contexto mais amplo de trabalhadores que precisam de investimento político para a sua profissionalização no SUS, integrando um projeto ampliado de política de qualificação profissional para a área da saúde que contemple e valorize o trabalhador de nível médio.

Uma preocupação marcante nessa parte do texto do documento da regulação é evitar que se repita “a incorporação precária de trabalhadores pela inversão do modelo technoassistencial e pela transição epidemiológica e demográfica vivida pelo país” (BRASIL, 2004I, p. 3). Dentre os delineamentos incorporados para a formação desses trabalhadores, é sinalizada, mais uma vez, a elevação da escolaridade como parte da política geral de educação profissional no Brasil para além do setor saúde, discurso repetido na fala de Maria Luiza Jaeger, em entrevista. A inclusão da questão da elevação da escolaridade como um princípio geral para a política de educação dos trabalhadores da saúde reforça a ideia de que estava em curso a construção de uma política mais abrangente de educação para os trabalhadores de nível médio da saúde, para além do caso dos ACS, então priorizados.

Nesse contexto, a formação técnica dos ACS justificou-se “pela importância de uma concepção de formação que proporcione a compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões” (BRASIL, 2004I, p. 4).

Cabe notar também que, no documento “Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde – subsídios para discussão”, está clara a eleição preferencial das Escolas Técnicas do SUS para a realização da formação dos ACS: “O Deges definiu que este processo deverá ser assumido, preferencialmente, pelas Escolas Técnicas do SUS, pactuando a formação nos Pólos de Educação Permanente” (BRASIL, 2004I, p. 9).

Note-se, ainda, a exigência da pactuação dos projetos de formação nos Polos de Educação Permanente, indicando um processo por meio do qual a SGTES tenta articular a política de educação profissional com a política de educação

permanente, assim como tenta dar continuidade ao processo de debate em torno da formação dos ACS, desdobrando-o nas discussões em torno das propostas dos programas locais de formação.

A pactuação nos Polos de Educação Permanente foi colocada como condição para que os projetos de formação fossem financiados pelo Ministério da Saúde. Considerando a situação de falta de autonomia financeira da grande maioria das Escolas Técnicas do SUS, as condições colocadas pelo Ministério da Saúde tornaram-se normas para a realização da formação técnica dos ACS. Assim, o financiamento da política de formação técnica dos ACS pelo Ministério da Saúde pode ser caracterizado como um elemento fundamental, indutor ou restritivo, para essa política.

Vejamos o que foi determinado como processo de encaminhamento e financiamento dos projetos de formação dos ACS:

Em linhas gerais, este projeto deverá ser pautado nos pólos de educação permanente em saúde e deverá conter todo o itinerário da formação proposto pela instituição formadora, mas sua execução será parcelada, ou seja, o MS financiará separadamente a execução de cada módulo/etapa de formação (BRASIL, 2004l, p. 12).

Esse financiamento foi garantido, mas tem se restringido à realização da primeira etapa formativa, conforme pactuado com os demais gestores do SUS, apesar de ter sido exigido, de acordo com o documento citado, que as escolas enviassem o projeto de todo o curso para o processo de financiamento.

Assim, a primeira etapa formativa tem sido o limite de implantação da proposta de formação técnica do ACS, cuja publicação, apesar de representar uma vitória dos que a defendem, não resultou na sua efetiva realização. Esta etapa formativa tanto responde à exigência da legislação que hoje regulamenta a profissão de ACS, a lei n. 11.350 de 2006, que exige para esses trabalhadores um curso introdutório de formação inicial e continuada (BRASIL, 2006c), como também atende aos interesses dos gestores.

Assim, por mais argumentos que a tenham defendido, a formação técnica não tem se efetivado, em função principalmente da oposição dos gestores do SUS, notadamente dos gestores municipais, cuja atuação foi fundamental para que se pactuasse somente a realização da primeira etapa formativa.

A essa altura, preciso reconhecer que, ao afirmar que o “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” expressa o

formato final da política de formação dos ACS, isso significa dizer que as diretrizes nele contidas não foram, até o presente, formalmente substituídas por nenhuma outra normatização; mas não significa dizer que estas diretrizes estão sendo desenvolvidas completamente. Não me refiro a eventuais discrepâncias ou afastamentos entre as diretrizes da política e o seu processo de implementação, o que é comum acontecer e faz parte do processo de formulação da política, especialmente num país de dimensões continentais, com importantes diferenças regionais e de gestão política realizada entre três níveis. Refiro-me, sim, ao não cumprimento de parte do que foi proposto, o que, no caso da formação dos ACS, significa a não realização plena de sua formação técnica, mantendo a qualificação destes trabalhadores no nível da formação inicial. Isto pode ser compreendido como uma vitória somente parcial dos que defendiam esse tipo de formação para os agentes comunitários de saúde, resultante de um processo de formulação da política no qual os sujeitos participantes tiveram e têm posições variadas e onde não se produziu consenso entre todos os interessados.

Deve-se registrar que têm sido empenhados esforços no sentido da integralização da formação dos ACS, como é o caso da contínua mobilização política da Conacs nesse campo. Na EPSJV/Fiocruz, está em andamento um projeto piloto para a formação técnica completa dos agentes comunitários de saúde do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (CSEGSF/Ensp/Fiocruz). Além disso, o estado do Tocantins realizou todas as etapas da formação técnica dos ACS, assim como outros estados têm buscado meios de integralizar esta formação.

Essas iniciativas têm esbarrado em resistências, principalmente dos gestores municipais que temem um eventual aumento salarial em função da formação técnica, argumento que tem sido apresentado associado à preocupação com uma possível descaracterização do perfil social do ACS que esse tipo de formação poderia promover. Enfim, o debate continua e tem se desdobrado na ação política dos vários atores sociais envolvidos.

É importante notar ainda que há um outro risco de não realização da formação técnica dos ACS, que pode operar-se mediante a redução da carga horária dedicada à formação propriamente dita. Este risco está presente na negociação com os gestores visando à liberação dos ACS do trabalho para a formação, a qual tem se realizado no horário de serviço.

Como parte da carga horária do curso está prevista para ser desenvolvida como prática profissional e como é corrente a utilização da metodologia do ensino

em serviço, o risco que vislumbro está na conversão de horas de trabalho em horas de formação, sem que estas sejam efetivamente viabilizadas como processos de ensino-aprendizagem.

Devo lembrar que a brecha na qual percebo o perigo do não cumprimento da carga horária formativa tem sido gerada justamente por um dos aspectos discutidos no processo de formulação da política – o ensino em serviço – que responderia à preocupação de formadores e gestores quanto à articulação entre a formação e a realidade do trabalho. Aspecto que, em última instância, remete à discussão da superação da dicotomia entre teoria e prática, conforme tive a oportunidade de sinalizar a propósito da inclusão deste aspecto nos documentos debatidos.

Essa brecha tem se dado pela divisão da formação em momentos de concentração e dispersão. Os de concentração correspondem aos momentos pedagógicos desenvolvidos em sala de aula; os de dispersão corresponderiam a quando os alunos estariam em prática, por meio de algum trabalho dirigido, com fins didáticos e com algum tipo de supervisão.

Assim, devemos lembrar que o momento de dispersão se dá quando o aluno está em serviço, na comunidade ou na unidade de saúde, realizando as suas tarefas, premido pela rotina, pelos critérios de produtividade, pelas demandas do serviço e da comunidade. Isso tem me levado a questionar a possibilidade de, nesses momentos, prevalecer o aspecto pedagógico e formativo sobre a reprodução do processo de trabalho diário dos ACS e a refletir que, mesmo a primeira etapa formativa, supostamente pactuada e garantida, pode não estar sendo efetivamente realizada.

Esse perigo não me parece pequeno numa rotina intensa de trabalho como a que tenho visto ser a dos ACS, seja pelo relato dos alunos que frequentam o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde da EPSJV/Fiocruz, seja pelos depoimentos colhidos nas entrevistas realizadas no âmbito das pesquisas promovidas nesta mesma instituição.

Se confirmada essa suspeita, estaremos diante de mais um fator de aligeiramento e abreviação da preparação dos ACS para o trabalho. Entretanto, o que não tinha muita visibilidade quando esta preparação era realizada, principalmente no âmbito do serviço pelo enfermeiro supervisor ou pela equipe de saúde da família, agora é mais difícil de não ser percebido num processo hoje realizado em grande escala e com a participação de vários atores e instituições de ensino.

Portanto, em função dos elementos aqui apresentados, prefiro compreender essa questão da vitória ou não da formação técnica dos ACS como um resultado temporário, em que o processo político continua em curso, e no qual as forças políticas continuam atuando, produzindo resultados provisórios que podem ser modificados pela ação dos sujeitos envolvidos e por mudanças na correlação de forças entre os sujeitos, os grupos e os interesses por eles representados.

Como já vimos, para justificar a posição contrária à formação técnica completa dos ACS, os gestores municipais apresentaram o temor de uma possível demanda de elevação salarial que acompanharia a formação dos ACS em técnicos, contraposta aos constrangimentos impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal aos gastos com a folha de pagamento no setor público.

Cabe notar, entretanto, que tais argumentos, com caráter mais associado a aspectos da gestão, não são os únicos que se opõem à formação técnica dos ACS. Talvez estes argumentos sejam somente uma expressão de outros elementos que lhes são transversais e anteriores e que dizem respeito ao perfil social dos ACS, à sua origem comunitária e ao que se espera do seu trabalho. Essas questões se desdobram também em discussões quanto à classificação das categorias profissionais típicas da saúde e aos vínculos institucionais que lhes são devidos, transitando nos discursos do debate da formação e da gestão do trabalho, assim como da organização do processo de trabalho em saúde e da valorização dos trabalhadores nele inseridos.

Compreendo, portanto, que o fazer do ACS e a formação que lhe deve corresponder estão configurados também em função dos interesses em disputa na política de atenção básica, cujo formato em expansão tem sido a saúde da família. Percebo, assim, que as variadas formas de conceber este fazer e de conceber as diretrizes para a formação deste trabalhador guardam relação entre si e apontam para projetos de saúde, educação e trabalho que se distinguem.

Não se pode deixar de considerar no horizonte presente e futuro do processo político em torno da formação dos ACS que os espaços de indefinição e de disputa em torno dessa política precisam ser compreendidos também em relação à forma como esta função se instituiu no SUS. Esta nova profissão justificou-se no setor saúde nas brechas deixadas pelas políticas públicas, seja pela falta de cobertura dos serviços, seja pela dificuldade de comunicação-compreensão entre os profissionais da saúde e a população, o que tem gerado um contexto contraditório de afirmação do trabalho do ACS.

O ACS se justifica, até hoje, na ausência, na insuficiência ou ineficiência dessas políticas (dos serviços, seus profissionais, suas práticas, seus discursos) e trabalha defrontando-se com as demandas da população quanto a essas políticas. Mas as respostas a essas demandas não dependem somente do trabalho do ACS, nem do trabalho da equipe de saúde da família: elas ganham contornos e dimensões de reorganização do modelo de atenção, de cumprimento dos direitos universais de cidadania e de reestruturação das políticas públicas.

Os ACS trabalham na ponta das contradições do sistema de saúde hoje e as políticas que são dirigidas a esses trabalhadores, tanto no plano da formação quanto da gestão, sofrem os efeitos dessas contradições. Para se avaliar as vitórias e perdas sofridas no processo de formulação da política de formação dos ACS e os limites que hoje lhe são dados, não podemos esquecer o caráter contraditório que atravessam as questões da formação e do trabalho do ACS no SUS.

Encontra-se, assim, em aberto o futuro da política de formação do ACS, que se mantém em disputa e cuja correlação de forças tem obtido resultados diferenciados no plano estadual sem, contudo, alterar a política no plano nacional. O "Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde" continua valendo como diretriz política, mas permanece inviabilizado pela falta de investimento de recursos financeiros para a sua completa implementação, salvo os locais que prescindem desses recursos e nos quais o projeto político de formação técnica para os ACS tem prevalecido.

Iluminando Questões de Fundo: o ensino em serviço, o modelo das competências e o trabalho dos ACS como trabalho simples

A análise dos documentos da formulação da política de formação dos ACS revelou-me algumas questões de fundo que conformaram a discussão sobre a qualificação profissional desses trabalhadores e que estão localizadas na interface entre os campos da saúde e da educação. Entre estas, destaco três que considero fundamentais para a compreensão do universo de ideias e concepções que foram apresentadas junto aos argumentos que defenderam posições diferentes sobre a melhor forma de organizar a formação dos ACS. São elas: o ensino em serviço, que nos evoca a relação teoria e prática; o modelo de competências profissionais para a organização do currículo, que nos remete à questão do trabalho como princípio educativo; e o perfil social do ACS.

As duas primeiras questões serão tratadas nas próximas páginas. Elas guardam forte relação entre si, uma vez que um dos argumentos utilizados para a defesa do currículo por competências, no âmbito dos documentos do processo de formulação da política de formação dos ACS, é a afirmação de que este currículo tem referência na realidade das práticas.

Agrego a essas duas a discussão do trabalho dos ACS como um trabalho simples, que não é uma questão que encontra relação imediata com os textos, mas é uma proposta de análise construída por mim⁷⁷, tendo em vista os aspectos do trabalho dos ACS destacados dos argumentos apresentados nos documentos analisados.

O perfil social do ACS será tratado em seção à parte, pois este tema teve um trabalho próprio que o apresentou e desenvolveu: *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – o agente comunitário de saúde* (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000). Este texto não fez parte do conjunto de documentos formulados ou discutidos no processo de formulação da política

⁷⁷ A discussão do trabalho do ACS como simples ou complexo foi também desenvolvida por Ramos M. (2007), só que a partir de outros elementos.

de formação dos ACS, mas esteve presente neste, seja nas ideias que foram apresentadas pelos atores participantes desse processo, seja nos trechos de documentos do debate, citados, referidos ou baseados naquele documento.

Relação entre teoria e prática: reflexões sobre o ensino em serviço

Nos documentos do processo de formulação da política de formação dos agentes comunitários de saúde, por várias vezes foi defendida a integração ensino-serviço, que pode ser compreendida como a necessidade de se promover a integração teoria e prática no processo de ensino-aprendizagem. Esse tema tem sido caro aos que se dedicam à formação de trabalhadores de nível médio, preocupados em realizar uma formação contextualizada na realidade do sistema de saúde e comprometida com a saúde pública, especialmente com os desafios postos à realização do SUS e de seus princípios.

Cumpra notar, porém, a diferença que existe em relação à crítica que é feita às profissões de nível superior, cuja formação tem priorizado a dimensão teórica do conhecimento e que tem se desenvolvido, de forma hegemônica, na direção da atenção individualizada e da clínica privada, e as questões da formação dos trabalhadores de nível médio e técnico.

Portanto, é compreensível que os que se preocupam com a integração com a realidade do SUS, ao participarem da formulação de uma proposta formativa visando a um trabalhador de nível médio, não querendo reproduzir os processos criticados em relação ao nível superior, enfatizem a necessidade da formação em serviço.

Entretanto, no caso dos trabalhadores de nível médio e técnico, pode-se dizer que a polarização entre teoria e prática tem se dado de forma tal que o polo privilegiado tem sido a prática, haja vista a expressiva predominância da capacitação em serviço que marca a história desses trabalhadores. Um exemplo típico é o caso do pessoal de enfermagem.

Percebo assim que, ao defenderem a integração ensino e serviço, os trechos destacados dos documentos analisados têm produzido uma priorização da prática (caracterizada como serviço) sobre a teoria (caracterizada como ensino), hierarquizando-as novamente, porém no sentido inverso, como que baseados na crítica originária do nível superior.

Como uma questão preliminar, noto o que pode ser compreendido como uma certa confusão que reduz a prática ao fazer, ao trabalho, e a teoria ao ensino,

ou melhor, ao ensino em sala de aula. As dimensões práticas do ensino, como a reflexão sobre a realidade, não são consideradas, como se o pensar e o refletir não gerassem efeitos práticos e, por vezes, imediatos sobre a realidade. A postura dos alunos, a capacidade crítica, a percepção de si e do mundo são resultados que têm dimensões práticas e podem ser considerados resultados práticos que interferem sobre a forma como o aluno trabalhador percebe o mundo e o trabalho e sobre o modo como ele age neste mundo e neste trabalho.

Mas, de forma principal, o perigo que existe no predomínio da dimensão prática do trabalho reproduzido na formação dos ACS é contribuir para o reforço de um certo pragmatismo na compreensão da relação entre formação e trabalho. Este pragmatismo revela-se na sobrevalorização da dimensão do fazer do ACS como meio de desenvolvimento das habilidades profissionais que lhe são requeridas.

Esta ênfase na prática, tomada também como realidade, presente nas propostas formativas dirigidas aos ACS parece desconsiderar os aspectos da prática que naturalizam fazeres em desacordo com os princípios do SUS e da atenção humanizada e integral à saúde – aspectos que exigem um certo afastamento das condições de organização do processo de trabalho e das relações de poder instituídas, como condição para se tornarem alvo de investigação, reflexão e crítica, num processo formativo.

No caso dos ACS e de outros trabalhadores de nível médio e elementar, se a relação teoria e prática deveria apontar em algum sentido, este seria o oposto, isto é, orientar-se na direção de garantir a esses trabalhadores o acesso às bases teóricas e técnicas que têm participado do processo de trabalho em saúde, sem que estes trabalhadores tenham tido a oportunidade de conhecê-las de forma sistemática. Nesse sentido, há outras possibilidades de integração entre o plano teórico e o prático, dentre as quais, podemos encontrar auxílio na filosofia da práxis que tem suas bases no pensamento dialético.

O pensamento dialético aqui localizado, a partir de Hegel, e da reformulação deste feita por Marx e, posteriormente, por Lênin, teve desenvolvimento em Gramsci, com a filosofia da práxis, cujos fundamentos podem ser compreendidos na:

(...) identidade dos contrários no ato histórico concreto, isto é, na atividade humana (história-espírito) em concreto, indissolavelmente ligada a uma certa 'matéria' organizada (historicizada), à natureza transformada pelo homem. Filosofia do ato (práxis, desenvolvimento), mas não do ato 'puro', e sim precisamente do ato 'impuro', real no sentido mais profano e mundano da palavra (GRAMSCI, 2004b, p. 209).

Dessa forma, em busca de uma nova possibilidade de síntese, para tentar superar as contradições aqui expostas, proponho uma aproximação à noção de práxis, como a desenvolve Gramsci, em que teoria e prática se revezam como momentos diferentes, porém indissociáveis, de construção e aplicação do conhecimento. Segundo essa forma de conceber a teoria e a prática, constrói-se conhecimento através da reflexão sobre a prática e se pratica o conhecimento, experimentando-o, confirmando-o, superando-o. Nesse entendimento, conhecer o mundo e explicá-lo são também dimensões práticas; a prática não se resume ao ato de interferir na realidade, mas inclui também o ato de compreendê-la.

Nesse sentido, destaca-se, também, a relação entre a ciência e a atividade humana, conforme vemos nas palavras do autor:

Também na ciência, buscar a realidade fora dos homens, entendido isto num sentido religioso ou metafísico, nada mais é do que um paradoxo. Sem o homem, que significaria a realidade do universo? Toda ciência é ligada às necessidades, à vida, à atividade do homem. Sem a atividade do homem, criadora de todos os valores, inclusive os científicos, o que seria a 'objetividade'? (...) Para a filosofia da práxis o ser não pode ser separado do pensar, o homem da natureza, a atividade da matéria, o sujeito do objeto; se se faz esta separação, cai-se numa das muitas formas de religião ou na abstração sem sentido (GRAMSCI, 2004b, p. 174-175).

Na síntese teórico-prática, proposta por Gramsci, o lugar do cientista, que tomarei por intelectual, é de alguém cujo trabalho se reveza entre o pensamento e a experimentação, como momentos complementares e interdependentes: "O cientista experimentador é um operário, não um puro pensador; e seu pensar é continuamente verificado pela prática e vice-versa, até que se forme a unidade perfeita de teoria e prática" (GRAMSCI, 2004b, p. 166). Compreendo, então, que o trabalhador também pode ser considerado um intelectual cuja obra se constitui no trabalho que realiza e que este pode ser refletido, experimentado e modificado, além do escopo prescrito, em condições que implicam um processo de trabalho transformado.

Tentando pôr em prática o modo dialético e a noção de práxis para compreender os fatos humanos, é preciso que o conhecimento e a sua aplicação sejam compreendidos como uma unidade, cujas partes que a integram são distintas, mas inseparáveis, se revezando e se complementando. Estas, ao se revezarem, expressam as condições em que se realizam a educação e o trabalho humanos – o ato de compreender a natureza e de transformá-la (ou de compreendê-la transformando-a ou, ainda, de transformá-la compreendendo-a), associado ao ato

de ensinar às gerações seguintes o que foi assim construído, pela humanidade, como conhecimento de si e do mundo e que pode ensejar novos conhecimentos e novas transformações.

Esta síntese teoria e prática parece-me, então, ser uma condição de possibilidade para a organização de um processo de formação dos ACS, que permita que estes alunos-trabalhadores transitem entre os campos teóricos e práticos do conhecimento e do trabalho em saúde, tornando compreensível o modo como estes campos se relacionam e se influenciam mutuamente. Talvez, assim, seja possível aceitar o desafio repetido às instituições formadoras e aos serviços de saúde, nos vários documentos analisados, isto é, organizar programas de qualificação que adotem e – eu acrescentaria – que promovam uma ação crítica.

Sobre as promessas contidas no modelo de competências

Outro fenômeno decorrente dessa forma de articular o trabalho à formação ou, num certo sentido, a prática à teoria, é a naturalização do processo de trabalho existente, cujas práticas instituídas são tomadas como eixos organizadores do ensino. O “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” afirma que “cada etapa formativa está referenciada numa dimensão concreta do trabalho desenvolvido por este profissional, de forma a garantir a integralidade de suas ações, segundo os espaços e contextos onde se desenvolvem as práticas” (BRASIL, 2004e, p. 22).

Esta afirmação preocupa em função da possibilidade de se destituir a formação da reflexão crítica sobre o trabalho que implica, entre outras coisas, a compreensão dos condicionantes e determinantes sócio-históricos que contribuem para conformar o modo de organizar o processo de trabalho. Tal conformação inclui definir como devem ser as práticas em saúde, estabelecer as responsabilidades de cada profissão, dividir as tarefas e atribuições entre os trabalhadores, determinar as cargas horárias, entre outros aspectos mais direta e concretamente envolvidos no trabalho em saúde.

Pergunto, então: de que adianta formular propostas de formação para os trabalhadores da saúde, baseadas na dimensão concreta do trabalho, sem expor à crítica e à reflexão o processo de trabalho? Responder às demandas e questões do processo de trabalho em saúde com propostas de formação, sem questionar esses processos e essas demandas, não ampliaria o risco de se incorrer na naturalização destes e comprometer os processos de transformação do modelo e das práticas de

atenção à saúde, que os discursos da política dizem buscar promover por meio da formação dos trabalhadores do setor?

Estas questões nos levam à reflexão sobre os aspectos que denotam a diferença entre tomar o trabalho como princípio educativo e tomá-lo somente como princípio pedagógico ou como um aspecto de organização didática do ensino. O que conformaria um caráter pedagógico e um caráter educativo, de sentido mais abrangente, na relação entre o trabalho e a educação?

Como princípio educativo, o trabalho é compreendido como fundamento constitutivo do ser humano, que organiza a vida em sociedade e as relações entre os homens. Tem bases econômicas, sociais e culturais e assume formas históricas diferentes, em momentos e lugares diferentes, segundo as relações socioeconômicas vigentes.

Essa forma de compreender o trabalho em seu sentido ontológico está presente em autores de tradição marxista que têm criticado a incorporação do modelo de competências na educação, como Machado L. (1998, p. 22), que nos lembra que “A atividade criadora é fundamento constitutivo do ser humano, pois ao buscar satisfazer suas carências materiais e simbólicas, ele transforma a realidade natural e social e, neste processo, realiza-se como sujeito, desenvolve suas capacidades”.

É nessa perspectiva, também chamada ontocriativa, que Frigotto compreende o trabalho humano como um princípio formativo ou educativo que se impõe num plano ético, ou seja, na esfera dos valores históricos universais, como um direito e um dever:

Como princípio educativo, o trabalho é, ao mesmo tempo, um dever e um direito. Dever por ser justo que todos colaborem na produção dos bens materiais, culturais e simbólicos, fundamentais à produção da vida humana. Um direito por ser o ser humano um ser da natureza que necessita estabelecer, por sua ação consciente, um metabolismo com o meio natural transformado em bens para sua produção e reprodução (FRIGOTTO, 2006, p. 261).

Nessa perspectiva, ao trazer o trabalho para a sala de aula, o processo político-pedagógico precisa ser orientado de modo a permitir a compreensão tanto de suas dimensões técnicas, como também ético-políticas. O trabalho não é tratado somente como uma ilustração ou um exemplo de como funcionam as técnicas e práticas apreendidas, mas, sim, é tomado como expressão de uma determinada correlação de forças no campo do conhecimento, da técnica, das

relações econômicas e sociais que contribuem para a organização do processo de trabalho, que precisam ser apreciadas conjuntamente.

Contudo, Frigotto nos adverte sobre a concepção educativa do trabalho e o perigo de sua redução na dimensão prática da aprendizagem:

O trabalho como princípio educativo, então, não é, primeiro e sobretudo, uma técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um princípio ético-político. Realçamos este aspecto, pois é freqüente reduzir o trabalho como princípio educativo à idéia didática ou pedagógica do 'aprender fazendo' (FRIGOTTO, 2006, p. 260).

Assim, se tomado apenas como princípio pedagógico, o trabalho pode acabar reduzido à sua forma histórica vigente, da qual se extraem as relações instituídas e as práticas para organizar o ensino voltado para qualificar este trabalho existente. Mesmo que o trabalho seja problematizado, se não se supõe a possibilidade de transcendê-lo e de superá-lo, na construção de novas formas de organização e produção da vida humana, o processo ensino-aprendizagem termina por reproduzir o sentido hegemônico e conservador da relação trabalho e educação.

O ensino por competências, ao se construir a partir da análise do trabalho existente, parece reforçar a naturalização das formas de organização do trabalho e reduzir o processo formativo à preparação e à adequação do trabalhador às situações e aos desafios desse mundo do trabalho naturalizado.

Ramos T. (2003) nos lembra que o processo de trabalho pode ser analisado de forma a identificarmos os conhecimentos que o estruturam e, assim, organizar a formação profissional, mas nos adverte que:

Sob a lógica hegemônica da pedagogia das competências, esses conhecimentos tendem a se limitar ao recorte estritamente instrumental, desagregando a formação pelo atrelamento a tarefas e desempenhos específicos, prescritos, observáveis. No sentido contra-hegemônico, esses conhecimentos seriam localizados nos respectivos campos originais da ciência e das disciplinas escolares, identificando suas relações com conhecimentos originários do mesmo campo e de campos distintos do saber científico/escolar, com o objetivo de garantir aos trabalhadores o acesso aos conhecimentos universais historicamente construídos pela humanidade. Isto, muito além de possibilitar a realização de ações técnicas, possibilitaria ações políticas e construção de novos conhecimentos (RAMOS T., 2003, p. 98).

Vejamos o conceito de competência utilizado no “Perfil de Competências Profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde”⁷⁸ e a visão de trabalho que aquele documento alude em relação a este conceito e que, por extensão, vale para o “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” nele baseado⁷⁹:

Na elaboração desta proposta, considerou-se a formulação de Zarifian (1999) para conceituar competência profissional: capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades (BRASIL, 2004e, p. 53).

Em seguida, o documento acrescenta que:

Este conceito de competências está baseado na visão de trabalho como um conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição, contrariamente ao que propõem os estudos clássicos sobre a organização e gestão do trabalho, identificados com o fordismo, o taylorismo e o fayolismo (BRASIL, 2004e, p. 53).

Terminando por concluir que “Tal acepção, por sua vez, implica a reconceitualização da qualificação profissional, que deixa de ser a disponibilidade de um ‘estoque de saberes’, para se transformar em ‘capacidade de ação diante de acontecimentos’” (ZARIFIAN, 1990, *apud* BRASIL, 2004e, p. 53).

Observemos a utilização nos trechos citados de expressões, como “acontecimentos próprios de um campo profissional”, “visão de trabalho como um conjunto de acontecimentos com forte dose de imprevisibilidade” e “capacidade de ação diante de acontecimentos”. O pensamento, assim expresso, parece caracterizar uma apreensão das condições atuais de trabalho existentes como algo dado, o que pode contribuir, como antes mencionado, para a naturalização das formas de organização do trabalho e para a redução do processo formativo à preparação e à adequação do trabalhador às situações e aos desafios supostamente inerentes a esse trabalho.

⁷⁸ Os três trechos comentados em seguida estão presentes nas várias versões do “Perfil de Competências Profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde”, com pequenas alterações, tendo assumido a redação apresentada neste livro a partir da versão do perfil que foi enviada à consulta pública.

⁷⁹ Anexo ao referencial curricular foi publicado o perfil de competências profissionais dos ACS, ressaltando o uso desse perfil como referencial indutor para o desenvolvimento da formação dos ACS.

Esses trechos destacados do documento ajudam a perceber a relação estabelecida entre a concepção de competências profissionais, a concepção de trabalho e a concepção de formação profissional que subsidiou a construção do “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”. Podemos resumir assim: competências para o trabalho, trabalho imprevisível e formação de um trabalhador adaptável a qualquer situação de trabalho.

Essa relação parece pouco contribuir para gerar condições que apoiem a transformação do processo de trabalho em saúde, isto porque o trabalho parece voltar-se para si mesmo, não ultrapassando os limites da sua realização prática e das relações objetivas que nela se constituem. O que parece perder-se, nesse processo, é justamente a dimensão do fazer humano como fato histórico, das relações sociais que o definem e que constroem o lugar do trabalhador no processo de trabalho e na vida social em geral. Recorrendo mais uma vez às palavras de Machado L. (1998), podemos caracterizar o fazer humano a partir de uma perspectiva histórica e crítica:

O fazer humano, em cada momento histórico, encontra-se subordinado a motivos e interesses sociais que o orientam, definindo a forma como os indivíduos se inserem nos processos de trabalho. A diferença entre atividades desenvolvidas em épocas históricas e contextos sociais radica, precisamente, no caráter das relações sociais que articulam os objetivos, as motivações e os interesses que as impulsionam (MACHADO L., 1998, p. 22).

Uma última questão relativa à defesa do currículo por competências, que já identifiquei anteriormente, está na sobrevalorização do método de construção curricular e de organização do processo ensino-aprendizagem como maneira de atender às necessidades e de superar os problemas identificados no processo de trabalho do ACS. Essa perspectiva pede mais ao método do que ele pode efetivamente oferecer, além disso, pede demais ao próprio processo formativo que pode muito, mas não pode tudo.

Transformações no mundo do trabalho têm relação com a educação, sendo esta uma sua condição, mas que está longe de ser a única condição necessária e suficiente para operar as transformações de que o trabalho no SUS precisa e às quais aludem os vários documentos analisados.

O trabalho dos ACS como um trabalho simples?

A concepção do trabalho do ACS como um trabalho simples estaria presente na compreensão de que esse trabalho não requer uma formação específica e complexa para a sua realização. Ao contrário, a função de ACS poderia ser desenvolvida a partir de atributos que este trabalhador possui *a priori* pelo fato de ser originário da comunidade onde atuará e em função de certos atributos subjetivos, especialmente o pendor à solidariedade. Como já vimos, esses elementos conformariam o perfil social desse trabalhador.

Essa perspectiva tem sido reforçada pela predominância da capacitação em serviço e do 'aprender fazendo' na história da qualificação profissional dos ACS, que se reproduziu também na defesa do ensino em serviço e da centralidade da realidade do trabalho e das práticas nas propostas formativas discutidas no processo de formulação da política de formação dos ACS.

Somam-se a isto os anos em que se exigiu apenas saber ler e escrever como critério de escolaridade para o ingresso na atividade de ACS, exigência que foi substituída pelo Ensino Fundamental completo, a partir da lei n. 10.507, de 2002.

Tais questões têm a ver com o fato de que, nessa forma de compreender o perfil social do ACS, a formação é tomada como um possível obstáculo à plena utilização desses atributos em favor das metas da política de saúde que ele deve promover. Essa perspectiva a respeito da formação tornou-se argumento contrário às propostas profissionalizantes de maior complexidade para esse trabalhador e que se apresentavam associadas à necessidade de elevação de escolaridade, como é o caso da formação técnica, conforme já indicado anteriormente.

Esse argumento, adicionado à perspectiva de ampliação salarial, fez parte dos discursos dos gestores ao se posicionarem contrários à formação técnica dos ACS, tornando-se, com esta, um par que ajudou a tornar menos agressivo o argumento de caráter econômico. Este último diz respeito à provável demanda por elevação salarial dos ACS, quando formados técnicos, num cenário de constrangimento à folha salarial, imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Vejamos como o Conasems (2006), entidade que reúne e representa os gestores municipais da saúde, posicionou-se a respeito da formação técnica dos ACS:

O Conasems defende para esses trabalhadores a formação básica e a continuidade da educação em serviço. Porém, considera que a forma-

ção técnica, apresentada pelo Ministério da Saúde, além de não ser compatível com a realidade e a necessidade de sua atuação, poderá dificultar o gerenciamento do PSF nos municípios (Conasems, 2006, p. 13).

Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES no período em que foi formulada a proposta de formação técnica dos ACS, comentou sobre o equívoco que ela vê nesta posição, em entrevista a mim concedida, simulando debates que teve com os gestores:

O medo de que o sujeito vá reclamar do salário. Claro que é uma massa muito grande de trabalhadores, não discordo de vocês, e uma massa organizada. Agora, vocês não vão dizer que a área de enfermagem não é organizada, tá? Então, eu acho que vocês estão discutindo o foco errado. O foco não é a questão da formação. O foco que vocês têm de discutir é de onde você tira dinheiro para essas coisas. Vocês têm de cobrar do gestor estadual, vocês têm de cobrar do próprio Ministério da Saúde. Quem inventou, quem criou, quem pariu essa criança tem que ajudar a embalar, né? Então, é por aí. E a gente está tentando... Está cumprindo o nosso papel. Então, a tentativa era: vamos começar, porque daí, no processo de começar e fazer, nós vamos conseguir negociar a segunda etapa, né? (JAEGER, entrevista)

Perguntada, então, sobre o que estaria em jogo nessa discussão sobre a formação dos ACS, Maria Luiza Jaeger respondeu: "É de concepção de trabalho, concepção de equipe, é concepção de formação, é concepção de acesso."

Diante dessas perspectivas diferenciadas que se enfrentaram ao longo do processo de formulação da política de formação dos ACS, reforço a compreensão de que pensar uma política de Educação Profissional em Saúde em nível técnico e/ou de formação inicial e continuada implica, necessariamente, pensar o trabalho que os trabalhadores de nível médio realizam na saúde. Implica, portanto, refletir sobre o que é o trabalho em saúde, como ele se organiza, que concepção de saúde o embasa.

Em outras palavras, quando se pretende planejar a formação dos trabalhadores que se põem a realizar tal projeto de saúde, isso se desdobra nas condições em que este trabalho se realiza, organizado de que forma, exigindo que formação e garantindo que direito a esses trabalhadores. Em última instância, evoca-se a discussão da saúde como um direito que guarda relação, por sua vez, com a compreensão da educação como um direito e uma necessidade. Um direito dos trabalhadores e uma necessidade do sistema de saúde para poder promover a atenção qualificada que é devida à população brasileira, também como um direito.

De certa forma, penso que a discussão acerca da formação dos trabalhadores da saúde, como é o caso da formação dos ACS, compõe uma tríade juntamente com a discussão de saúde e de trabalho em saúde. Encontram-se assim associados três componentes fundamentais do campo dos direitos sociais, que foram disputados e conquistados pelos trabalhadores, mediante movimentos sociais, no correr do último século. Direitos que, neste estudo, são compreendidos como resultantes de uma correlação de forças e interesses distintos que se fazem representar no processo de formulação das políticas e das leis, como é o caso da formulação das políticas de formação e de gestão do trabalho dos ACS, e que expressam o resultado provisório desta correlação num dado momento do modo de organização da vida em sociedade.

Especificamente sobre os ACS, há um elemento contraditório que diz respeito à comparação entre, de um lado, a complexidade das atividades atribuídas aos ACS e, de outro, a formação que lhe vem sendo oferecida e as formas de contratação⁸⁰ praticadas pelos municípios. Essa contradição torna mais complexa a discussão do trabalho do ACS, uma vez que este trabalho tem sido elogiado nos discursos dos gestores do SUS, mas tem sido esvaziado de valor nas propostas que vêm sendo operadas para a sua vinculação e a sua formação.

Em relação à relevância do trabalho do ACS para a atenção à saúde no Brasil, Jaeger se apropria do consenso entre os gestores quanto à ideia de que os ACS ajudaram a melhorar índices de saúde e a melhorar a relação da comunidade com a unidade de saúde e utiliza esse argumento para denunciar a incoerência entre essa ideia e a posição contrária às políticas que implicam melhorias profissionais para esse trabalhador. Vejamos o que ela disse:

Então, apesar de se ter um discurso de todos de que a existência desse profissional melhorou os índices de saúde, melhorou a relação com as unidades, quer dizer, qualificou a atenção, né? Ao mesmo tempo, esse trabalhador que ajudava a fazer isso não queria discutir, nem melhorar a sua vida profissional. Discutia o médico na sua vida profissional, discutia a enfermeira melhorar na sua vida profissional, mas esse sujeito é complicado, né? Vamos com calma, muita gente, não sei quê... Não vai ter dinheiro. Então, ao invés de brigar pelo dinheiro, né? (JAEGER, entrevista)

⁸⁰ Não somente em relação às formas precarizadas de contratação, mas também em relação ao salário recebido pelos ACS, cuja referência nacional ainda é o salário mínimo.

Para podermos compreender melhor a contradição que busco caracterizar, vejamos o rol de atividades previsto na lei n. 11.350, que regula a profissão de ACS hoje.

São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

- I – a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- 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, 2006c, art. 3º, parágrafo único).

Para o exercício dessas atividades, a mesma lei exige que o ACS tenha concluído o Ensino Fundamental e um curso introdutório de formação inicial e continuada.

Vemos então que, de um lado, em função da predominância da formação simplificada, por muito tempo realizada em serviço e, ultimamente, realizada como uma educação inicial e continuada, o trabalho do ACS pode ser compreendido como um trabalho simples. De outro lado, considerando a complexidade das ações que este desenvolve e a expectativa que recai sobre este trabalho – ser o elo entre os serviços e a comunidade, por exemplo –, conforma-se um trabalho de dimensões complexas.

A complexidade está justamente nas qualidades laborais e subjetivas esperadas do ACS, que necessita pôr em operação processos comunicacionais, de caráter educativo e informativo, como no caso da visita domiciliar, ou da negociação de conflitos entre a comunidade e o serviço, na busca de oportunidades de atenção e cuidado.

Além disso, não se pode concluir também, operando-se uma equação simplificada, que a formação técnica significaria, imediatamente, a compreensão do trabalho do ACS como um trabalho complexo. Conforme vimos antes, a formação correspondente ao trabalho simples varia em função das transformações no modo de organização das relações de existência e da correlação de forças na sociedade.

Isto porque uma formação técnica pode ser a formação conquistada por um segmento de trabalhadores numa dada correlação de forças, mas para a realização de um trabalho que continua sendo simples, em função do grau de hierarquização e racionalização do trabalho, complementado pela instrumentalização da educação profissional.

Assim, a compreensão do trabalho como algo complexo não se expressaria numa formação técnica por si só, mas em certas características que esta formação pode ou não assumir. Essas características dizem respeito à relação teoria-prática, à composição do currículo, à distribuição da carga horária, à metodologia de ensino, entre outros itens que conformam o projeto político-pedagógico correspondente. Destarte, a formação técnica pode, por exemplo, ser organizada de forma instrumental e tecnicista, reproduzindo o conhecimento na forma que melhor se adéque à sua aplicação nas situações do trabalho.

Defender a formação técnica para os ACS como um argumento que se associa à compreensão do trabalho que estes realizam no âmbito do SUS como um trabalho complexo exige algumas outras coisas, para além da definição do nível educacional. Exige, em primeiro lugar, que esta formação inclua os aspectos ético-políticos presentes no trabalho em saúde, a incorporação dos princípios do SUS, da saúde como um direito universal, da integralidade como um horizonte a se perseguir na gestão, na organização da atenção e nas práticas do cuidado em saúde. Exige também compreender o trabalhador como um sujeito que tem dimensões sensíveis, culturais, sociais, econômicas e políticas, enfim, como um ser omnilateral que precisa de uma formação que o contemple em todos esses sentidos, sem os quais a formação profissional pode se reduzir à técnica. Exige ainda rever como compreendemos o rol de atividades que o ACS desempenha, que é caracterizado principalmente pelo trabalho educativo.

Se compreendemos que o trabalho educativo é o núcleo do trabalho do agente comunitário de saúde e se, mesmo assim, defendemos que este, para ser realizado, prescinde de uma formação mais abrangente, acabamos por produzir a ideia de que o trabalho educativo prescinde de complexidade, sendo sustentado no voluntarismo e nutrido, basicamente, pelas experiências proporcionadas pelo cotidiano. Ou, ainda, se compreendemos que este trabalho educativo pode ser racionalizado de forma a ser reproduzido, sem a necessidade do domínio teórico e técnico de suas bases de execução, pelo trabalhador que o realiza, estaria justificada uma preparação instrumental do ACS para o trabalho, como é o caso de um treinamento.

Mas se, ao contrário, compreendemos o trabalho educativo como composto de atividades que exigem uma formação específica do ACS, para que este entenda e realize o trabalho educativo no âmbito das práticas sociais fundamentadas nos saberes produzidos na área das ciências humanas, sociais e políticas, começamos a entender o trabalho do ACS como algo complexo. Apenas começamos porque este não pode ser analisado sozinho, ele precisa ser visto em relação às atividades previstas para os demais membros da equipe de saúde da família, em relação aos objetivos traçados para a atenção básica à saúde e, também, em relação aos princípios que orientam a atenção em todos os níveis do sistema de saúde.

Creio que esta análise exigiria outro projeto de investigação para dar conta das questões levantadas sobre o trabalho em saúde e o processo de trabalho em saúde da família. Mas, antes de concluir, preciso colocar ainda mais uma questão que diz respeito à produção e à sobrevalorização de um certo perfil social atribuído ao ACS e que contribuiu sobremaneira para a conformação dos problemas que tratamos até aqui, no tocante à política de formação dos ACS. Vejamos este tema no capítulo seguinte.

Sobre o Perfil Social *Sui Generis* do Agente Comunitário de Saúde

Entre os argumentos empregados no processo de discussão da política de formação dos ACS, o mais constante foi o perfil social deste trabalhador, composto de sua origem comunitária e de um suposto pendor à solidariedade, atributos que o configurariam como um trabalhador *sui generis*, que atua como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Neste perfil, tem destaque o papel de mediador social que contribui para localizar o trabalho do ACS na interface entre o Estado e a comunidade e que termina por ampliá-lo para uma perspectiva intersetorial que transcende o campo da saúde.

Os elementos que conformam este perfil social do ACS aparecem em quase todos os documentos do processo de formulação da política, inclusive no “Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, que, como vimos, publica as diretrizes da formação técnica dos ACS. Podemos destacar quatro passagens neste documento que expressam elementos desse perfil:

- 1) Nesse cenário, o agente comunitário de saúde desempenha um papel de mediador social, sendo considerado ‘um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado’ (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2010 *apud* BRASIL, 2004e, p. 11).
- 2) O agente comunitário de saúde atua nesse contexto como membro da equipe de saúde mas suas funções transcendem o campo da saúde, ‘na medida em que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial’ (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2006 *apud* BRASIL, 2004e, p. 16).
- 3) Estas características [as acima citadas] constituem atributos de generalidade deste profissional e o situa como categoria muito peculiar, não comparável ou agrupável com outras que existem historicamente no campo da saúde (BRASIL, 2004e, p. 19)⁸¹.

⁸¹ Apesar de não se explicitar a referência ao texto de Nogueira, Silva e Ramos (2000), este trecho do “Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” também se baseia em ideias e utiliza expressões presentes naquele texto.

4) (...) o curso deverá reforçar o importante papel social do técnico agente comunitário de saúde de atuar como mediador entre distintas esferas da organização da vida social (BRASIL, 2004e, p. 19).

Reunidas, essas observações descrevem um perfil social cuja principal função é a de mediação, que não se resumiria a mediar dois pontos ou polos, representados, nesse caso, pelo serviço de saúde, de um lado, e a comunidade, do outro. Trata-se, ao contrário, de uma mediação composta de várias dimensões que transcendem os limites do setor saúde, que pode se desdobrar entre, de um lado, o Estado, suas políticas, seus serviços, o conhecimento científico que se lhe põe a serviço e, de outro, a comunidade, seu conhecimento próprio, seu modo de existência e suas necessidades e demandas.

Como vimos nos documentos do processo de formulação da política de formação dos ACS analisados, esse perfil social é sustentado em atributos subjetivos e que dizem respeito principalmente à sua origem comunitária. Essa origem comum à de seus vizinhos e futuros assistidos lhe garantiria tanto uma melhor compreensão dos processos de saúde-adoecimento vividos por essas pessoas, como, também, uma propensão a importar-se e a querer buscar soluções para os problemas compartilhados nessa comunidade.

Resulta dessa compreensão argumentos que são contrários tanto à complexificação da formação dos ACS quanto à sua contratação como servidor público ou empregado público do Estado, conforme temos visto nos debates das políticas concernentes a esses trabalhadores.

Vejamos o documento “Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde – um pacto tripartite” (BRASIL, 2002f), do campo da política de gestão do trabalho dos ACS, que, ao discorrer sobre a natureza da função do ACS, abre o texto com um argumento desenvolvido por Nogueira, Silva e Ramos (2000), que reproduzimos a seguir:

O agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional *sui generis*. Oriundo da comunidade, como alude a sua denominação, deve exercer uma liderança entre os seus pares, apresentando um perfil distinto do servidor público clássico. (...) São fundamentais os aspectos de solidariedade e liderança, a necessidade de residir na própria comunidade e o conhecimento da realidade social que o cerca. (...) assim, em primeiro lugar, busca-se, para o ACS, um perfil mais social do que burocrático ou técnico. (...) esse traço identificador da categoria é o pilar das eventuais dificuldades que se encontram para se construir o modelo jurídico de sua contratação. Se assim não fosse, não haveria qualquer dúvida de que os ACS deveriam ser submetidos aos mesmos comandos e regras próprios dos demais servidores públicos, em regime estatutário ou celetista, mediante

prévia aprovação em concurso público, e vinculados às características desses regimes (...) *Todavia, a diferenciação não permite essa solução simplista* (BRASIL, 2002f, p. 9, grifos meus).

Nesse trecho, a inadequação do vínculo de servidor público para o ACS é atribuída à especificidade do perfil social deste trabalhador de extração comunitária. Entretanto, é interessante notar que não se explicita a relação entre este perfil e a política que o instituiu, isto é, o fato de este perfil ter sido construído a partir de uma política pública, em atenção às diretrizes que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde estabeleceu para este trabalhador e que, em boa medida, o Programa de Saúde da Família preservou⁸². Desconsiderada essa produção político-social do perfil do ACS, este acaba tomado como algo natural, como um atributo intrínseco a esse trabalhador, desimplicando-se a política pública de o ter configurado de tal forma, segundo os seus objetivos e as características do modelo e do escopo de atenção a ser promovido.

Se seguirmos essa última linha de raciocínio, o vínculo de servidor público passa a não ser adequado aos ACS em função de critérios produzidos pelo PSF na organização do modelo de atenção, ou seja, o PSF exige um determinado conjunto de elementos aos ACS para a realização do seu trabalho que não se compatibilizariam com certas características do vínculo de servidor público⁸³.

Na definição e propagação da compreensão deste perfil social dos ACS como um trabalhador *sui generis* e nas suas implicações para as políticas relativas a esses trabalhadores, teve papel relevante a publicação *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – o agente comunitário de saúde* (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000), o que pode ser comprovado pelas citações e referências – explícitas ou não – a esse texto, encontradas nos vários documentos do processo de formulação da política de formação e de gestão do trabalho dos ACS.

Em relação ao contexto em que este texto foi produzido e no qual as ideias associadas ao perfil social dos ACS se propagaram, devemos lembrar

⁸² Os critérios a que me refiro são: saber ler e escrever, ser maior de 18 anos, residir na área onde atuar há pelo menos dois anos e ter disponibilidade de trabalho em tempo integral.

⁸³ Conforme vimos, o Saúde da Família, para garantir que o ACS seja representativo da comunidade, exige que este seja morador do local onde exerce suas funções, o que colide com as características do concurso público que não pode discriminar candidatos por local de residência. Assim, durante muito tempo este foi um problema de difícil solução para a vinculação direta dos ACS às instâncias públicas. Entretanto, a emenda constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006b), buscou resolver esse problema, acrescentando os parágrafos 4º, 5º e 6º ao artigo 198 da Constituição Federal, prevendo a admissão de ACS e agentes de endemias mediante processo seletivo público.

que tanto o texto de Nogueira, Silva e Ramos (2000) quanto a política de saúde sobre a qual recaem suas análises foram produzidos na conjuntura da reforma administrativa do Estado. Havia então uma disputa cotidiana e permanente, no âmbito das várias esferas de gestão e nos espaços legislativos, quanto ao que é e deve permanecer público. Disputou-se (e disputa-se até hoje) a definição do que deve ser função pública, cumprida diretamente pelo Estado, o que abrange definir tanto as funções desse Estado quanto o estatuto de público ou privado para as instituições que cumprem essas funções, como também os vínculos dos trabalhadores que as desenvolvem – se vínculo direto ou indireto com o Estado ou por meio de outras instituições.

A forma de contratação dos trabalhadores do setor público foi uma das frentes de disputa na arena da reforma neoliberal do Estado brasileiro e, portanto, foco de propagação de ideias, formação de opinião e formulação política (FONTES, 2008). A publicação *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – o agente comunitário de saúde*, de Nogueira, Silva e Ramos (2000), localiza-se em meio a essas disputas, uma vez que vocaliza argumentos que defendem uma posição quanto à vinculação institucional de um certo trabalhador de uma determinada política pública promovida pelo Estado.

Traçarei a análise desse texto assim localizado começando pela caracterização de seus autores, do local a partir do qual ele foi produzido e da origem institucional do financiamento do trabalho de campo, cujos resultados foram usados no texto para embasar as ideias oferecidas pelos autores. Depois, tentarei apresentar os argumentos e as questões que estes me suscitaram, problematizando-as, por compreender que estes argumentos expressam e, ao mesmo tempo, reforçam certas posições que se colocaram na disputa no processo de formulação da política de formação dos ACS.

Sobre a vinculação institucional do texto e os seus autores

São autores da publicação *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – o agente comunitário de saúde*, publicado em junho de 2000⁸⁴, Roberto Passos Nogueira, Frederico Barbosa da Silva e Zuleide do Valle Oliveira Ramos.

⁸⁴ A primeira versão do texto que circulou de forma mais restrita é datada de fevereiro de 2000.

Roberto Passos Nogueira é um intelectual do campo da saúde coletiva, vinculado como pesquisador (servidor público) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e (bolsista) da Universidade de Brasília. Em seu currículo, encontram-se experiências junto à Fundação Oswaldo Cruz, à Organização Pan-Americana da Saúde, ao antigo Ministério do Interior e ao Ministério da Saúde. Suas principais áreas de atuação, segundo o seu currículo Lattes⁸⁵, são: “recursos humanos de saúde, gestão pública, políticas de saúde, nível técnico, formação profissional, história da medicina e da saúde pública, aspectos filosóficos da saúde.”

Trata-se, portanto, de um ator social bastante articulado no campo da saúde, com uma produção científica amplamente divulgada e com trânsito nas esferas de gestão da saúde pública no Brasil. Pela sua vasta produção, pode-se dizer que Nogueira é um importante formador de opinião, com muita expressão no campo conhecido como Recursos Humanos em Saúde.

Frederico Barbosa da Silva, o segundo autor do texto, é antropólogo, doutor em sociologia, pesquisador (servidor público) do Ipea e professor (celetista) do Centro Universitário de Brasília. Atua no acompanhamento das políticas públicas, tendo experiência mais destacada na área da cultura. À época da publicação do artigo, era, juntamente com Nogueira, integrante da Diretoria de Estudos Sociais do Ipea.

Zuleide do Valle Oliveira Ramos, a terceira autora, é pedagoga, especialista em saúde pública e em administração em saúde pública, tendo atuado junto ao Poder Executivo municipal e federal. É colaboradora do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. À época da publicação do artigo, era assistente de pesquisa no Ipea.

O local de produção do texto – o Ipea – também ajuda a compreender a capacidade de propagação que este teve. O Ipea tem o regime jurídico de uma fundação pública de nível federal, estando diretamente vinculado ao Poder Executivo, por meio do Núcleo de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Sua atividade principal é a pesquisa, realizada com o objetivo de fornecer “suporte técnico e institucional às ações governamentais para a formulação e reformulação de políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros” (IPEA, 2008).

Os trabalhos produzidos pelo Ipea dispõem de uma gama de possibilidades de socialização, sendo disponibilizados para a sociedade por meio de publicações regulares e seminários, contando também com um programa semanal de TV em

⁸⁵ Refiro-me à base de currículos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), disponível para consulta pública pela Internet, consultada em 03/11/2008.

canal fechado. Portanto, configura-se como uma instituição que produz ideias que visam ao apoio imediato do processo de formulação política na gestão pública de nível federal, mas também dispõe de mecanismos de divulgação de seu ideário para um universo maior, principalmente acadêmico, formado também por gestores de vários setores e níveis de gestão, inclusive da saúde, entre outros que têm acesso às suas publicações.

Sobre a vinculação do documento de Nogueira, Silva e Ramos (2000) com o setor saúde, campo onde este se propagou rápida e amplamente, encontrei uma nota esclarecedora no próprio texto que revela a fonte de financiamento do trabalho de campo, que possibilitou a coleta dos dados cuja análise foi feita no documento em tela. Esse trabalho de campo foi patrocinado pela então Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CGDRH) para o SUS, ligada à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, mediante convênio com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), em articulação com a então Coordenação do Programa Saúde da Família (PSF), também do MS.

É interessante notar que a CGDRH e a Coordenação de Atenção Básica foram os espaços institucionais do MS que produziram outro texto também bastante evocado nos documentos do processo de formulação da política de formação dos ACS, entre 2003 e 2005. Trata-se do documento “Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde”, de 1999, já analisado neste livro. Considerando os espaços institucionais envolvidos em ambos os documentos e a proximidade de datas entre estes⁸⁶, os documentos parecem integrar um mesmo esforço de formulação de propostas, tanto no campo da formação quanto no da gestão do trabalho dos ACS, num momento de expansão e de reconfiguração do PSF numa estratégia de reordenação da atenção básica (MACHADO C., 2007).

Entretanto, na conjuntura de então, no campo da formação, não houve formulação de política reguladora de tais questões, diferente do que aconteceu no campo da gestão. Neste, em janeiro de 2002, o Ministério da Saúde publicou o documento “Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde: um pacto tripartite” (BRASIL, 2002f), que reverberou nas políticas adotadas pelos gestores municipais para as formas de contratação dos ACS, conforme já sinalizado no presente estudo.

⁸⁶ Como já indiquei em nota anterior, a primeira versão de *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis: o agente comunitário de saúde* (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000) a que tive acesso é datada de fevereiro de 2000, apenas três meses após a data de publicação do documento “Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde”, que é de novembro de 1999.

A sua caracterização como um texto para discussão⁸⁷ auxilia a sua localização entre os documentos produzidos para divulgar e expor ao debate certas posições sobre temas polêmicos sobre os quais se busca apoio ou consenso. Porém, tendo sido produzido a partir de um trabalho de campo, o texto pode ser compreendido como um documento que busca legitimar-se por meio da atividade científica, mas não cumpre os requisitos de um relatório de pesquisa ou similar, não explicitando a metodologia utilizada ou outras etapas do trabalho científico. O trabalho de campo parece ser composto basicamente de entrevistas, cujos trechos são reproduzidos para ilustrar os resultados apresentados e os argumentos sistematizados.

A forma como as falas dos entrevistados são alternadas no texto com a construção do ponto de vista dos autores e o posicionamento destes sobre os aspectos discutidos parece denotar um texto que, em vez de apresentar uma posição nova, uma formulação original dos autores, mostra a análise e a sistematização de pontos de vista que geram uma conclusão: a posição defendida pelo texto, mas já antecipada nas falas dos entrevistados, quanto à melhor forma de vincular institucionalmente os ACS. Em outras palavras, o texto apresenta as suas posições como se elas derivassem das entrevistas, dando a impressão de que elas têm uma ampla base de sustentação.

Deve-se notar, entretanto, que é inegável o esforço dos autores na tentativa de contribuir para a superação das formas, então vigentes, de precarização do trabalho dos ACS. Nesse esforço, nota-se que o texto dialoga com as principais questões que emergiram sobre o tema até então, diálogo que se explicita nos trechos das entrevistas apresentados e nas argumentações empreendidas pelos autores na defesa de sua posição. Como é inegável também o sucesso alcançado pelo texto que contribuiu para que se difundisse amplamente uma determinada forma de conceber o ACS e o trabalho que este realiza, agregando base teórica a esta concepção.

Esta compreensão do ACS como um trabalhador *sui generis*, de origem comunitária e pendor à solidariedade, alcançou repercussão tanto nas discussões sobre a forma de seleção e contratação desses trabalhadores quanto, tangencialmente, sobre a pertinência e o escopo de sua formação, mais fortalecida a partir do aporte acadêmico oferecido pelo texto de Noguei-

⁸⁷ Antes do título do documento, apresenta-se a frase: "Texto para Discussão n. 735". Esta classificação organiza o acesso ao texto no site do Ipea (www.ipea.gov.br).

ra, Silva e Ramos, pelo prestígio de seus autores e da instituição em que este foi produzido⁸⁸.

O texto em linhas gerais

Em linhas gerais, a publicação toma para si a tarefa de produzir uma proposta para resolver o que os autores chamam de “polêmica a respeito da forma mais adequada de relação de trabalho que deve ser adotada para que se possa contar de modo sustentável com esse tipo de recurso humano” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 1).

Os autores explicam que essa polêmica é formada, de um lado, pela demanda por atendimento dos direitos trabalhistas e sociais não garantidos nas relações informais de trabalho a que estão submetidos os ACS. De outro lado, essa polêmica tem a ver com uma certa percepção de que a alternativa de admitir esses trabalhadores nos quadros de servidores públicos é inadequada “para uma função que exige um relacionamento estreito e permanente com a comunidade onde esses trabalhadores são recrutados” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 1).

Os autores propõem-se, então, a analisar cada forma de vinculação institucional dos ACS, aplicando o que eles chamam de dois tipos de juízo: “a) se é adequada do ponto de vista do trabalhador, no que se refere à garantia de direitos associados ao trabalho; e b) se é adequada do ponto de vista do alcance social das estratégias adotadas por essa política” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 1).

Seguindo esses critérios, em linhas gerais, o texto defende que os ACS sejam “contratados como empregados celetistas de entidades privadas não-lucrativas, mediante convênios com a Secretaria de Saúde do Município” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 1), proposta que encontra respaldo na lei n. 9.790, de março de 1999 (BRASIL, 1999d), que qualifica as Organizações Sociais Civis de Interesse Público (Oscip) e disciplina o Termo de Parceria que

⁸⁸ No final de agosto e início de setembro de 2000, no Pré-Congresso do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado na Bahia, participei da Oficina de Trabalho “Formação de Nível Médio em Saúde”, na qual uma das discussões desenvolvidas tratou da questão da formação dos ACS. Nessa oportunidade, o texto de Nogueira, Silva e Ramos (2000) foi amplamente citado e os termos ‘trabalhador *sui generis*’ e ‘pendor para a ajuda solidária’, associados no texto aos ACS, foram repetidos infinitas vezes nos grupos de discussão e na plenária da oficina. Esse exemplo ajuda a dimensionar a rápida propagação das ideias contidas no referido texto, para além dos setores de gestão do MS, atingindo outros públicos, como, no caso, representantes das ETSUS.

estas passam a poder estabelecer com o Estado. Esta proposta garantiria os direitos trabalhistas devidos e a preservação dos atributos que compõem o perfil social dos ACS e que concorreriam para o cumprimento do alcance social das estratégias adotadas pelo PSF⁸⁹.

Nota-se, entretanto, que há ainda outro juízo a ser incluído na análise das modalidades de vinculação dos ACS. Este se revela quando os autores descrevem a polêmica em torno da forma de contratação, no uso da expressão “modo sustentável” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 1). Esta expressão alude a um elemento que não aparece imediatamente no texto, mas que vai ser colocado mais adiante na discussão e que diz respeito a uma certa inviabilidade econômica supostamente presente em determinadas formas de contratação dos ACS – como servidor público estatutário ou empregado público celetista – limitadas pela então Lei Camata⁹⁰. A sustentabilidade será um terceiro elemento de análise das alternativas de vinculação deste trabalhador, mas não menos importante.

É preciso notar que a sustentabilidade, apesar de sua localização secundarizada no texto, corresponde a um elemento central na discussão sobre o vínculo dos ACS, recorrente no discurso dos gestores, aparecendo sob a forma de uma preocupação com a adoção de um vínculo permanente que não possa ser sustentado pelos gestores municipais, no caso de um eventual refluxo da estratégia saúde da família no âmbito do Ministério da Saúde.

A dependência da maioria dos municípios em relação aos recursos transferidos da União explica, em parte, a preocupação expressa pelos gestores municipais com relação a esse tema, em documento do Conasems, de 2006:

(...) os gestores municipais precisam ter a garantia de que o PSF será uma política de Estado, com financiamento garantido e compartilhado entre as três esferas de governo. Como os municípios poderão garantir estabilidade de trabalho no PSF se não têm a certeza de que ele terá continuidade? Há necessidade de melhor clareza na política de implantação do PSF (Conasems, 2006, p. 13).

⁸⁹ Explícito aqui a proposta defendida pelos autores para a vinculação institucional dos ACS, pois percebo que esta explicitação prévia se faz necessária à compreensão das análises que desenvolvo adiante.

⁹⁰ A Lei Camata (lei complementar n. 82, de 27 de março de 1995) é anterior à Lei de Responsabilidade Fiscal (lei complementar n. 101, de 4 de maio de 2000), tendo sido por esta revogada e substituída. Foi a Lei Camata que inicialmente limitou os gastos com contratação de pessoal em 60% da receita corrente líquida, mas foi a Lei de Responsabilidade Fiscal que acrescentou a exigência de que, para executar um gasto de natureza permanente, fosse explicitada a fonte permanente de receitas dessa nova despesa.

A sustentabilidade também pode ser compreendida como um termo que se encontra no vocabulário difundido pela reforma do Estado operada no Brasil que, sob a alegação de buscar uma gestão mais eficiente e racional do ponto de vista econômico, passou a exigir das políticas públicas uma relação explícita entre os recursos disponíveis e a aplicação orçamentária. Nesse sentido, no cenário produzido nos anos 1990, a questão da sustentabilidade toma formas limitadas, *a priori*, em função da inviabilização do orçamento conjunto da seguridade social e da constante desvinculação dos recursos para a área da saúde, que contribuíram para o progressivo desfinanciamento do setor, agravado pelo não estabelecimento, por um longo período de tempo, de critérios e mecanismos que garantissem a participação dos três entes federados no cofinanciamento do sistema de saúde.

Portanto, se tomada como um dado, isto é, se não for problematizada a noção de sustentabilidade como critério de ajuizamento das modalidades de vinculação do ACS, pode assumir um papel limitante num contexto de recursos escassos ou mal distribuídos, tornando-se um argumento contrário ao vínculo de servidor público do ACS, sem que se questione, antes, a ordem e a lógica restritivas que produziram esse limite.

Voltemos, agora, ao exame dos dois primeiros critérios indicados no texto para análise das propostas de vinculação institucional dos ACS. Em relação ao primeiro critério de ajuizamento das formas de contratação dos ACS, os autores supõem haver um consenso tanto nas diferentes esferas de governo quanto na sociedade em geral, em relação ao fato de que os ACS “devem desfrutar dos direitos que são garantidos à maioria dos trabalhadores urbanos e rurais” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 1).

Já em relação ao segundo critério, quanto à adequação dos vínculos ao alcance social das estratégias adotadas pela política que lhe dá origem, os autores o associam ao perfil social do ACS, o que transforma esse segundo critério em ponderar as alternativas de vinculação institucional dos ACS quanto ao cumprimento deste perfil social, ou seja, se estas facilitam ou dificultam o cumprimento pelo ACS de seu perfil social.

Assim, segundo os autores, “esse problema, por sua vez, não pode ser discutido separadamente do significado da política social que dá origem à figura do ACS” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 1). O problema teria a ver com um certo *status* avançado demais da política social na qual está inserido o ACS, o que caracterizaria um descompasso entre esta política, de caráter comunitarista,

e o estágio de desenvolvimento da sociedade civil brasileira. Essa situação, caracterizada como de transição, é que estaria dificultando a solução para a vinculação institucional dos ACS, apesar de esta solução já estar determinada, na opinião dos autores. Vejamos como este pensamento se expressa no texto:

(...) a conotação comunitarista desse programa prenuncia um novo paradigma de política social que apenas nesta década começa a ser entendido e ensaiado pelo Estado, mas que, no entanto, ainda não encontra condições concretas para sua generalização, porque é dependente de uma base ampla de iniciativas institucionais de solidariedade por parte da sociedade civil, coisa que ainda não existe no país. A questão da vinculação institucional do ACS está determinada, mas torna-se particularmente problemática devido aos impasses peculiares a essa fase de transição (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 1).

Essa conotação comunitarista estaria expressa pelos requisitos comunitários que caracterizam o perfil social dos ACS – origem comunitária e pendor à solidariedade. Portanto, entendo que a conotação comunitarista associada à concepção solidarista, defendidas pelos autores no texto como distintas do trabalho do ACS, conformam um par de chaves para a compreensão do perfil social do ACS e dos nexos estabelecidos entre esse perfil e os debates em torno da política de gestão do trabalho e, indiretamente, da política de formação dos ACS.

O perfil social *sui generis* do ACS: problematizações

Segundo os autores, o perfil social do ACS tem de ser caracterizado a partir do papel social que este exerce na relação com a comunidade. Este papel abrangia dois aspectos fundamentais: “a) identidade com a comunidade; e b) pendor para a ajuda solidária” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 7). Assim composto, este papel estaria em conformidade com o que “é freqüentemente preconizado pelas instituições que conduzem o programa” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 7).

Ao desenvolverem esses dois aspectos do papel social dos ACS, os autores reproduzem trechos de documentos oficiais que lhes dariam sustentação:

- a) Identidade com a comunidade:
'O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma pessoa da própria comunidade, que vive vida igual à de seus vizinhos, mas que está preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e também da saúde da comunidade' (Documento do Ministério da Saúde).
- b) Pendor para a ajuda solidária:

'O objetivo principal do Programa é melhorar a competência da comunidade de cuidar de sua própria saúde. Os Agentes de Saúde são selecionados entre os moradores da comunidade que, em geral, já apresentam uma *tendência natural* de atender algumas demandas das famílias na sua vizinhança' (Documento da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará) (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 7, grifos meus).

Segundo os autores, é justamente esse papel social exercido pelos ACS junto às comunidades que confere "legitimidade e eficácia humana ou cultural" ao perfil ocupacional desse trabalhador, tornando-o um "recurso humano fora do comum" (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 7). Os autores reforçam a importância dos aspectos que compõem o papel social dos ACS argumentando que, entre os entrevistados, haveria uma convicção generalizada de que o desempenho dos ACS é melhor quando estes aspectos – identificação com a comunidade e pendor para a ajuda solidária – são considerados na seleção destes trabalhadores.

Os autores evocam também uma expressão bastante associada aos ACS, a quem se atribui o papel de 'ponte' ou 'elo', uma vez que este trabalhador atuaria entre a comunidade e as instituições de saúde, e acrescentam ainda que "essa função de 'ponte' pode ser concebida de maneira mais vasta, compreendendo o acesso aos direitos de cidadania de modo geral" (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 7).

Os autores afirmam ainda que os dois atributos sociais básicos do ACS têm a ver com "valores culturais compartilhados, com a confiança que o ACS desperta nas pessoas, com sua liderança natural e com uma ação que não se restrinja aos objetivos da saúde" (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 10). Concluem, então, que a diferença do ACS em relação aos demais trabalhadores da saúde "é a importância do papel social que ele exerce ao atuar como mediador entre distintas esferas de organização da vida social" (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 10).

Concluindo esta linha de raciocínio e dizendo-se respaldados pelos depoimentos que colheram e cujos trechos reproduziram no texto, os autores propõem que o papel de mediador social do ACS seja resumido da seguinte maneira:

(...) é um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 10).

Até este ponto, já temos algumas questões para a análise. Primeiro, merece destaque uma certa naturalização do estado de coisas que geram a necessidade dos ACS, possivelmente derivada de uma não problematização das condições que produzem as formas de existência nas chamadas comunidades e que tornam necessárias determinadas políticas. Conseqüentemente, há também uma certa naturalização das qualidades destacadas nos ACS por essas políticas num processo que guarda correlação com uma certa homogeneização das comunidades, cujas particularidades acabam obscurecidas no termo genérico 'comunidade' como que referido a uma situação comum entre as pessoas que dela fazem parte. Tentarei enfrentar esses problemas, destacando aspectos do texto que concorrem para esse processo de naturalização e homogeneização.

Primeiramente, cabe notar que, a certa altura do texto, os autores afirmam que estão usando o termo 'comunidade' como "sinônimo de sociedade civil, não remetendo necessariamente à noção de pobreza" (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 8). Pergunto: por que os autores precisaram marcar essa distinção entre comunidade e pobreza? E ainda: por que os autores precisaram associar o sentido de comunidade ao de sociedade civil?

Considerando o contexto de produção do texto, proponho uma hipótese que diz respeito ao momento no qual ele foi produzido, que coincide com o processo de inflexão sofrido pelo PSF, a partir da NOB de 1996, para a sua conversão numa estratégia de reorganização da atenção básica, que tornou necessária a superação da focalização.

Assim, para produzir uma proposta de vinculação dos ACS adequada a esse novo *status* universalizante da política de saúde da família, os autores não poderiam associar o termo comunidade aos espaços sociais caracterizados pela baixa renda e pelas condições precárias de acesso aos serviços e bens de consumo coletivo. Se comunidade fica associada à pobreza, a questão da focalização retorna. Portanto, é preciso utilizar o termo num sentido que possa ser generalizável – condição de uma política que busca ser universal. Daí parece decorrer a necessidade de diferenciar comunidade de pobreza e de generalizá-la como sociedade civil.

Isso parece contraditório e de difícil sustentação, uma vez que uma condição bastante valorizada no texto é a solidariedade que se produz no enfrentamento de dificuldades. No Brasil, as dificuldades têm um forte componente condicionante,

que são as desigualdades sociais, entre as quais uma perversa distribuição de renda. Assim, voltamos à questão da pobreza que parece insistir em retornar como elemento identificatório do ACS, mesmo quando negada *a priori*.

Além disso, considerando que, durante 15 anos, os critérios de escolaridade exigidos aos ACS foram saber ler e escrever e que a escolaridade guarda uma relação com a renda no Brasil, como não associar o ACS à comunidade empobrecida?

Outro dado importante é que não se pode deixar de considerar o uso corrente da expressão 'comunidade', que tem sido amplamente associada às áreas empobrecidas no meio urbano de maior complexidade social. Esse aspecto tem sido reforçado mais recentemente pelo próprio PSF que, ao ingressar nos grandes centros urbanos, o fez a partir dessas áreas. Além disso, os profissionais das equipes de saúde da família usam correntemente o termo 'comunidade' para identificar os locais onde atuam.

Mas, antes de tudo isso, não se pode deixar de considerar que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde esteve fortemente associado ao Programa Comunidade Solidária, que foi formulado como uma estratégia de combate à fome e à pobreza. No âmbito do Comunidade Solidária, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi reconhecido como um programa a ser apoiado em uma das frentes de atuação da Secretaria Executiva do Comunidade Solidária, que teve por finalidade "o desenvolvimento de parcerias com diversas expressões da sociedade civil" (PELIANO, RESENDE e BEGHIN, 1996, p. 29).

Voltando, então, à caracterização do ACS como um elo, um mediador entre a comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado, há uma questão que se coloca quanto à situação de permanência desse elo e dessa função mediadora, sob o risco de incorrer-se numa segunda naturalização, que é a da necessidade permanente desta função.

Se o ACS faz parte de uma política com finalidades mais amplas, isto é, de transformação do modelo de atenção e reorganização da atenção básica, como dito nos vários documentos da política, especialmente a partir de 1996, isso não implicaria uma transformação técnica, política e cultural dos serviços, de suas ações e de seus trabalhadores? Não incluiria ser meta dessa transformação construir uma relação mais estreita entre serviço e comunidade, entre todos os profissionais e a população? Em caso afirmativo, pode-se concluir que o papel de elo ou ponte exercido pelo ACS, hoje, deveria ser compreendido como uma estratégia transitória, até que se alcançasse essa

nova situação, incorrendo na necessidade de se redefinir um novo papel para o ACS nesse contexto transformado?

Se não entendemos como necessário para a transformação do modelo de atenção e da reorganização da atenção básica esse grau de generalização da mudança, creio que estamos tratando de escopos diferentes de mudanças almeçadas. Num escopo reduzido (focalizado?), o elo ou a ponte se torna necessário de forma permanente porque não se pretende transformar a formação dos demais profissionais, as práticas que estes desenvolvem e a organização da atenção e dos serviços para que se estabeleça de fato uma aproximação entre serviço e comunidade.

Da mesma forma, não se vislumbra a possibilidade de se transformar as condições de existência que geram as desigualdades, as discrepâncias, que são objeto de mediação e de intervenção dos ACS nessas comunidades. Não falo das especificidades culturais que precisam ser sempre contempladas e consideradas nas relações entre a população e os serviços públicos, mas falo das desigualdades estruturais, geradas pelo modo de organizar a economia, distribuir a riqueza socialmente produzida e de produzir e reproduzir a vida no nosso país.

Na contramão daqueles que possam pensar que, desta forma, poderíamos descaracterizar a necessidade ou a legitimidade do ACS e, portanto, compreendê-lo como um trabalhador também transitório e que, por isso, não deveria fazer jus a uma situação permanente de vinculação e a uma formação complexificada, destacam-se as palavras de Afra Suassuna (ex-coordenadora da Atenção Básica do MS). Ela compreende que o sistema de saúde se transforma sempre e que o trabalho dos ACS se transformará continuamente também:

O que é que o médico fazia há cem anos e o que é que ele faz hoje? (...) Quando o agente de saúde foi pensado, dizia 'materno-infantil'. O agente de saúde, hoje, é ação materno-infantil? Não é não. Então, se ele modificou com 15 anos, ele pode modificar com trinta, cinquenta, cem. (SUASSUNA, entrevista)

A perspectiva da possibilidade de mudança parece interessante, mas precisa ser cotejada com uma perspectiva histórica, ou seja, pensar a mudança em relação às condições que a limitam, que conformam o seu leque de possibilidades. A tarefa implica compreender as possibilidades de mudança em relação à atual conformação do SUS e dos interesses que se enfrentam na construção das políticas de saúde e das políticas sociais em geral.

Na perspectiva histórica que localiza essas condições em um determinado modo de organizar a existência humana e as relações socioeconômicas, ou seja, como realização humana, a possibilidade da disputa pelo sentido da mudança se apresenta. A condição para tal é se presumir o devir, a existência de diferentes possibilidades de transformação a serem construídas pelo homem e cujos limites podem ser transformados com a ação histórica. Não se trata, assim, de algo dado, sem data de início e sem horizonte de superação, como se pode crer pela permanência ao longo do tempo de certas condições.

As políticas de formação e gestão do trabalho dos ACS são arenas privilegiadas de disputas que guardam esse sentido mais amplo que, por vezes, parecemos perder de vista, quando mobilizados na discussão mais focalizada (perdoem o trocadilho) de alguns de seus elementos.

O ACS como política social: duas interpretações e uma posição

Caracterizando o perfil social dos ACS, os autores o localizam na interface entre o Estado e a sociedade civil⁹¹, o que, segundo o texto, torna inevitável que estes trabalhadores sejam vulneráveis “aos conflitos de opinião que vêm marcando recentemente a redefinição da relação entre obrigações do Estado e responsabilidades dos cidadãos” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 10). Coloca-se, então, a tarefa de caracterizar os dois tipos de interpretação existentes acerca do que é o ACS como parte de uma política social. Essas duas interpretações opostas são chamadas pelos autores de utilitarista e solidarista.

Aqui formulo uma terceira pergunta ao texto⁹²: por que, ao examinar o ACS como uma política social, os autores trabalham com a polarização entre uma concepção solidarista e uma concepção utilitarista? Proponho a hipótese de que os autores, ao afirmarem uma alternativa de vinculação para os ACS que cumprisse os direitos trabalhistas, precisaram fazê-lo em contraposição a uma condição de vinculação já existente no setor público da saúde e ainda predominante, que é a vinculação como servidor público.

⁹¹ Cabe notar aqui, mais uma vez, que os autores afirmam, à página 8 do referido texto, que estão tomando comunidade como sinônimo de sociedade civil no âmbito da discussão que ali desenvolvem (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 8).

⁹² As primeiras perguntas feitas ao texto foram: por que os autores precisaram distinguir entre comunidade e pobreza e por que eles precisaram associar o termo ‘comunidade’ ao termo ‘sociedade civil’?

O próprio texto oferece elementos para essa hipótese ao associar a posição utilitarista à defesa do vínculo de servidor público e a posição solidarista ao vínculo mediado por uma Oscip. É justamente na construção dessa argumentação que o perfil social do ACS cumpre um papel fundamental, pois passa a ser o elemento que desqualifica o vínculo estatutário e torna coerente e adequado o vínculo via Oscip.

A partir dessa hipótese, podemos analisar alguns dos efeitos produzidos pela argumentação construída pelos autores em torno do perfil social dos ACS e da contraposição entre as duas formas de conceber o ACS como política social – a utilitarista e a solidarista. Passo a reproduzir os principais trechos do texto que caracterizariam uma e outra forma de conceber as políticas sociais. Para a sua melhor visualização, farei a reprodução dos trechos nos quais as duas posições são descritas, destacando que os autores, ao discutirem-nas, localizam-se a favor de uma delas e passam a apresentá-la como a “linha doutrinária para interpretar o trabalho do ACS” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 12).

A primeira interpretação apresentada é a ‘utilitarista’. Segundo o texto, esta interpretação “aceita, implicitamente, que os trabalhos de promoção comunitária e de bem-estar realizados pelo ACS são partes essenciais das obrigações devidas por um Estado contemporâneo a seus cidadãos” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 10). Assim sendo, a ação do ACS faria parte de um campo que estaria sempre em expansão, a cidadania social, e que teria seu ápice no Estado de Bem-Estar, conforme os autores dizem que afirmam os seus “ideólogos”.

Os autores atribuem à interpretação utilitarista do ACS a compreensão de que seria dever do Estado, na promoção do bem-estar da população, “garantir o fornecimento de equipamentos e insumos”, como também “prover recursos humanos adequados às condições de vida das pessoas” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 11). Portanto, nesse contexto interpretativo, o ACS “seria uma espécie de recurso humano ‘simplificado’ e ‘tecnologicamente adequado’” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 11) utilizado pelo Estado para o alcance das metas das políticas de bem-estar em comunidades carentes, noção que enfatizaria a “adequação cultural, tecnológica e econômica que é possível obter mediante o uso desse tipo de recurso humano” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 11).

Os autores também atribuem a essa forma de conceber os ACS a ideia de que este é portador de direitos derivados da dívida que o Estado teria com certos grupos sociais. A posição utilitarista, portanto, defenderia para os ACS a condição de funcionários públicos, como uma decorrência natural do fato de serem estes por ela compreendidos como “um trabalhador de extração comunitária, mas posto a serviço do Estado” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 11). Portanto, “(...) os que defendem essa posição, falam da necessidade de fazer justiça aos ACSs – já que eles são ‘usados’ pelo Estado, cumpre oferecer-lhes prerrogativas de trabalho que os coloquem em igualdade com os funcionários públicos do SUS” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 11).

Nessas passagens, nota-se um primeiro resultado da polarização utilitarista *versus* solidarista obtido mediante a construção de uma associação entre a interpretação denominada utilitarista do ACS e a defesa do vínculo de servidor público para este trabalhador. Essa associação operou-se por meio de uma caricaturização da concepção de Estado atribuída à posição utilitarista e aos argumentos em defesa do vínculo de servidor público. Assim, o Estado parece ultrapassado e atrasado, posto que referido a uma concepção de Estado como provedor de direitos que não se adequaria mais à conjuntura em que o texto foi escrito. A defesa do vínculo de servidor público resulta, portanto, sem nenhuma legitimidade, uma vez que referida a uma extemporaneidade.

De outro lado, a segunda interpretação, chamada de ‘solidarista’, é considerada pelos autores como aquela que “está mais de acordo com tudo que antes observamos acerca do papel social do ACS” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 11). Em seguida, o texto afirma que esta interpretação compreende o ACS como um mediador entre o Estado e a comunidade, não estando exclusivamente a serviço nem de um, nem de outro, e lidando, contingencialmente, com um duplo objetivo: “facilitar acesso a direitos sociais e ajudar no cumprimento de certos deveres de solidariedade por parte da própria comunidade” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 12). Posto isto, os autores concluem que a função do ACS como trabalhador “não poderia ser identificada nem com a do funcionário público, nem com a de um voluntário comunitário típico, como é o agente da Pastoral da Criança da Igreja Católica” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 12).

Na construção dessa visão solidarista, os autores operam uma apropriação da noção de Estado-novíssimo-movimento-social, discutida por Boaventura de Sou-

za Santos em *A Reinvenção Solidária e Participativa do Estado* (SANTOS B., 1998)⁹³. Procurarei, entretanto, demonstrar que tal noção foi apropriada somente parcialmente pelos autores do texto⁹⁴.

Vejamos o trecho de Santos B. (1998), reproduzido por Nogueira, Silva e Ramos (2000), sobre o Estado-novíssimo-movimento social contraposto, por ele, à concepção de Estado-empresário:

(...) assenta na idéia de que perante a 'hubris' avassaladora do princípio do mercado, nem o princípio do Estado nem o princípio da comunidade podem isoladamente garantir a sustentabilidade de interdependências não mercantis, sem as quais a vida em sociedade se converte numa forma de fascismo societal. Propõe-se assim uma articulação privilegiada entre os princípios do Estado e da comunidade sob a égide desse último. Ao contrário da primeira concepção, que explora os isomorfismos entre o mercado e o Estado, esta concepção explora os isomorfismos entre a comunidade e o Estado (SANTOS B., 1998, *apud* NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 14).

A apropriação parcial está no fato de os autores terem utilizado esse termo para cumprir a função de caracterizar "um novo paradigma de políticas sociais, de emergência muito recente, centrado na potencialização das ações desenvolvidas em comum entre Estado e sociedade civil" (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 14), não levando em consideração, entretanto, o significado associado às palavras 'movimento' e 'social' do termo cunhado por Santos. A concepção do Estado como o "novíssimo movimento social" (SANTOS B., 1998, p. 13) implica a reflexão sobre o intenso processo de transformação por que tem passado o Estado contemporâneo. Segundo Santos, essas transformações são de tal profundidade que sob a mesma denominação de Estado surgirá uma "(...) nova forma de organização política mais vasta que o Estado, de que o Estado é o articulador e que integra um conjunto híbrido de

⁹³ Trabalho apresentado no Seminário Internacional Sociedade e a Reforma do Estado, promovido pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado em Brasília, em 1998.

⁹⁴ Como explicitado na Introdução deste livro, este estudo adotou a compreensão marxiana do Estado como expressão da luta de classes, disputado por interesses conflitantes, que, associada à concepção gramsciana de Estado ampliado, integrado pelos aparelhos institucionais, executivos e repressivos e pelos aparelhos privados de hegemonia que compõem a sociedade civil, não encontra correspondência na definição de sociedade civil no texto de Nogueira, Silva e Ramos (2000), nem no texto de Santos B. (1998). Entretanto, não foi necessário recorrer à tradição marxiana para operar a análise dessas questões no texto analisado, uma vez que a própria obra de Santos nos oferece elementos para a crítica à relação entre Estado e sociedade civil conforme apresentada na publicação *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – o agente comunitário de saúde* (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000).

fluxos, redes e organizações em que se combinam e interpenetram elementos estatais e não estatais, nacionais, locais e globais” (SANTOS B., 1998, p. 13).

Mediante este processo, a função de regulação social do Estado será transferida para “grupos e agentes em competição, veiculando diferentes concepções dos bens públicos e do interesse geral” (SANTOS B., 1998, p. 13), ampliando-se ao mesmo tempo que se fragmenta e se torna mais heterogênea.

Porém, o Estado assume a metarregulação, isto é, passa a controlar “a seleção, coordenação, hierarquização e regulação dos agentes não estatais que, por subcontratação política, adquirem concessões de poder estatal” (SANTOS B., 1998, p. 14), processo que transforma a metarregulação no principal objeto de luta política. Passam a ser disputados, assim, “a natureza, o perfil e a orientação política do controle da meta-regulação” (SANTOS B., 1998, p. 14)⁹⁵. O espaço em que se dá essa luta é caracterizado como um espaço público muito mais amplo porque extrapola o espaço estritamente estatal e inclui o espaço público não-estatal no qual o Estado é só mais um componente ainda que privilegiado.

Configuro, assim, a parcialidade na apropriação da concepção de Santos B. pelos autores do texto em análise, que é a perda da noção de luta e de disputa que caracteriza o polo comunitário – caracterizado pelos autores como sociedade civil – do trabalho mediador do ACS. No texto de Santos B., o comunitário, entendido por Nogueira como sociedade civil, não é um polo homogeneizado que possa associar-se prontamente ao Estado, nem está idealizado no partilhamento de situações comuns e solidárias, *a priori*, transformado num terceiro setor, que substituiria o Estado, com vantagens, na realização de certas ações e serviços, sob a égide de uma solidariedade destituída de sentido político. Da mesma forma, o Estado não se confunde com uma instância neutra ou como um “portador do interesse geral” (SANTOS B., 1998, p. 14); ele é tão somente “um interesse sectorial *sui generis* cuja capacidade consiste em assegurar as regras do jogo entre interesses sociais” (SANTOS B., 1998, p. 14).

Em Santos B., a democratização desse espaço público ampliado implica lutas tanto no sentido da democratização da chamada metarregulação quanto pela democratização interna dos espaços não-estatais de regulação. Portanto, o chamado terceiro setor não se configura no lugar idealizado da autoajuda ou da ajuda recíproca:

⁹⁵ Nesse sentido, poderíamos dizer que o texto em análise, *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – o agente comunitário de saúde*, parece localizar-se em meio a essa luta, ou seja, disputando a orientação política da metarregulação da gestão do trabalho dos ACS.

Pelo contrário, entregue a si próprio, o terceiro sector pode contemporizar facilmente, quer com o autoritarismo do Estado, quer com o autoritarismo do mercado. Mas, na ausência de uma acção política democrática, incidindo simultaneamente sobre o Estado e o terceiro sector, pode facilmente passar por transição democrática, o que não é mais do que a passagem de um autoritarismo centralizado para um autoritarismo descentralizado (SANTOS B., 1998, p. 14).

Segundo Santos B., potenciar a democracia, a solidariedade e a participação por meio de uma nova articulação entre o princípio da comunidade e o princípio do Estado é somente uma das possibilidades de resultado que se pode esperar das relações entre o Estado e o terceiro sector, e está longe de ser a mais óbvia.

Santos B. fala, portanto, da necessidade de refundar democraticamente a administração pública como uma tarefa que, para ser exitosa, precisa ser complementada pela refundação democrática do terceiro sector e se refere à existência de

experiências anti-democráticas entre o Estado e o terceiro sector, em que o autoritarismo centralizado do Estado se apóia no autoritarismo descentralizado do terceiro sector e cada um deles usa o outro como alibi para se desresponsabilizar perante os seus respectivos constituintes, os cidadãos no caso do Estado, os membros ou as comunidades no caso do terceiro sector (SANTOS B., 1998, p. 17).

Outra questão a se colocar sobre a apropriação do conceito de Estado-novíssimo-movimento social, que se desdobra da anterior, é que o conceito de Santos B. seria incompatível com a defesa, *a priori*, das organizações civis de interesse público, como o meio de vinculação melhor e mais adequado para a preservação dos atributos comunitaristas dos ACS, conforme é feito no texto em análise.

Vejamos o que dizem os autores em *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – o agente comunitário de saúde*, quanto à possibilidade de as Oscip representarem o caminho de vinculação institucional que preserve as características comunitárias dos ACS:

Um importante impulso nessa direcção foi dado em 1999, com a promulgação da lei que regulamenta a parceria de entidades estatais com as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), que são ONGs devidamente reconhecidas na qualidade de representantes de um interesse público. Na proposição desse novo instrumento legal, a Comunidade Solidária teve papel de destaque. As Oscips automaticamente passaram a representar uma das melhores opções para a vinculação institucional dos ACSs, na medida em que constituem operadores legíti-

mos dessa interface institucional entre Estado e comunidade (ou sociedade civil). É possível conceituar a atuação dos ACSs como idealmente resultante de uma parceria entre o Estado e o terceiro setor, tendo por base de operação certas ONGs reconhecidas na qualidade de Oscips (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 14).

Diante disto, pergunto: o que conformaria as Oscip como operadores legítimos da interface institucional entre Estado e comunidade (ou sociedade civil)? A lei n. 9.790, de março de 1999 (BRASIL, 1999d), que, como vimos, qualifica as Oscip e institui e disciplina o Termo de Parceria que estas passam a poder estabelecer com o Estado, não apresenta nada que possa justificar essa conformação. A lei traz uma definição genérica das Oscip, que se dá pelo estabelecimento do que é considerado não-lucrativo, nos termos da referida lei, pela exclusão de uma série de instituições da sociedade civil e pela enumeração de uma lista de finalidades dentre as quais deve estar localizado pelo menos um dos objetivos sociais das organizações que pleitearem o título de Oscip.

No artigo 3º da referida lei, encontramos a lista de tais finalidades:

- I – promoção da assistência social;
- II – promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;
- III – promoção gratuita da educação, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;
- IV – promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;
- V – promoção da segurança alimentar e nutricional;
- VI – defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;
- VII – promoção do voluntariado;
- VIII – promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza;
- IX – experimentação, não lucrativa, de novos modelos socioprodutivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito;
- X – promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar;
- XI – promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;
- XII – estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas neste artigo (BRASIL, 1999d).

Nessa lista, apresentam-se enumeradas finalidades que podem ser compreendidas como complementares às atividades que são da responsabilidade do

Estado como as assim referidas, explicitamente, no campo da promoção da educação e da saúde, mas também da assistência social, da segurança alimentar e nutricional e da preservação do meio ambiente, entre outras.

A esse respeito, ainda trabalhando com a perspectiva do Estado-novíssimo-movimento social, Santos B. (1998) alerta para a necessidade de se distinguir complementaridade de substituição, alegando que a ideia de substituição parte de uma premissa falsa, que é a possibilidade de diferirmos as funções do Estado em exclusivas (funções sociais) e não exclusivas. Em seguida, Santos B. adverte que a distinção entre essas funções tem uma ideia por trás, que seria a substituição do Estado por instituições privadas mercantis ou do terceiro setor, sempre que o Estado não demonstrar uma vantagem comparativa no desempenho das funções consideradas não exclusivas.

Santos B. problematiza essas assunções, argumentando que:

(...) a análise da gênese do Estado Moderno revela que nenhuma das funções do Estado foi originariamente exclusiva dele; a exclusividade do exercício de funções foi sempre o resultado de uma luta política. Não havendo funções essencialmente exclusivas não há, por implicação, funções essencialmente não exclusivas (SANTOS B., 1998, p. 16).

Tomadas em consideração as advertências de Santos B., talvez não se possa admitir tão rapidamente que as Oscip sejam operadoras legítimas da interface institucional entre Estado e comunidade. Há que se inquirir a relação que se pretende estabelecer entre o Estado e estas instituições quanto a três questões fundamentais que extraio da obra de Santos B. e aplico à análise da possibilidade de estabelecimento de termo de parceria com Oscips como meio de vinculação do ACS:

- 1) Como compatibilizar eficiência com equidade e democracia? (...)
- 2) Onde é que a luta por resultados se transforma em novas formas de privatização do Estado quando não de corrupção? (...)
- 3) Como é que em clima de instabilidade, discricionaridade e concorrência, é possível estabilizar as expectativas dos cidadãos a respeito de cada um dos quatro bens públicos – legitimidade política, bem-estar social, segurança e identidade cultural? (SANTOS B., 1998, p. 16).

É na tentativa de responder a perguntas como estas que o autor coloca o objetivo da refundação democrática do Estado, isto é, como condição para que tais perguntas tenham resposta. Ao fazê-lo, o autor introduz outra perspectiva de articulação entre o Estado e o terceiro setor que não é nem a complementaridade, nem a substituição, mas sim a confrontação ou a oposição, dependendo do con-

texto político. Posso dizer, então, que é essa possibilidade de confronto, de luta social, que não percebo presente no texto de Nogueira, Silva e Ramos (2000).

Algumas conclusões e seus desdobramentos ético-políticos

Na discussão acerca da concepção solidarista do papel social do ACS, os autores concluem, como já visto, que a função deste trabalhador não pode identificar-se nem com a do funcionário público, nem com a de um voluntário comunitário típico, conclusão que termina por resultar num saldo duplamente negativo para o ACS, não explicitado no texto, mas com consequências importantes para este trabalhador.

De um lado, os autores acabam negando os dois polos de identificação social, historicamente construídos, que poderiam abrigar o ACS: como servidor público, integrando uma equipe de saúde em um serviço público, ou como voluntário, situação comum na origem desta função, no âmbito de instituições da sociedade civil, como a Igreja Católica e os movimentos populares de saúde.

De outro lado, o argumento utilizado para justificar a inclusão do ACS no SUS, baseado nos aspectos ditos subjetivos que, segundo os autores, compõem o perfil social deste trabalhador – a sua origem comunitária, a sua identificação com a comunidade e o pendor à solidariedade –, é o mesmo que é utilizado para justificar a sua exclusão dos quadros permanentes dos servidores do SUS e, por vezes, também, de processos formais de qualificação e profissionalização.

Em estudo anteriormente realizado (MOROSINI, 2001), quando analisei a situação dos agentes comunitários de saúde no Posto de Saúde da Mangueira, no município do Rio de Janeiro, deparei-me pela primeira vez com o não lugar do ACS, o qual nomeei, à época, como lugar do entre. O mecanismo que identifiquei e que vejo presente no texto em análise, como elemento e, ao mesmo tempo, produto da argumentação dos autores, foi então analisado para fins de compreensão das tensões vividas pelos ACS. Essas tensões se produziam na tentativa de o ACS se incluir como equipe de saúde, segundo os critérios éticos e as condutas profissionais esperadas nos serviços de saúde, e de realizar o seu trabalho na comunidade, em acordo com as expectativas que este gera entre as pessoas dessa mesma comunidade.

No caso do texto que analisamos no presente livro, vejo reproduzido esse lugar do entre, subproduto da imagem da ponte, ou do elo, associada ao ACS. O lugar do entre (ponte ou elo), que teria a função de ligação ou de aproximação

entre dois polos, acaba produzindo um trabalhador, ele próprio desligado, sem possibilidade de identificação nem em um polo (trabalhador funcionário público de um serviço público de saúde), nem em outro (comunidade), cuja ligação ele deveria promover.

Essa questão se desdobra tanto no campo da gestão do trabalho quanto no campo da formação do ACS. De um lado, tem-se a argumentação que se construiu em torno da questão do modo de seleção e contratação do ACS, que é a seguinte: se contratado por meio de “vínculos equiparados aos demais servidores da estrutura burocrática do município, [isto] pode favorecer a ruptura de seus laços comunitários” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, resumo).

De outro lado, como outra face de uma mesma moeda, a argumentação que se popularizou e se fez presente nos debates do processo de formulação da política de formação do ACS alega que este trabalhador, se formado, poderia perder as suas características comunitárias e a capacidade de se afetar e se mobilizar diante do sofrimento de seus vizinhos.

Parecem-me versões de uma mesma questão, aplicada a contextos de debate diferenciados, mas bastante próximos, se consideramos a qualificação profissional como uma relação social na qual as condições de educação e de trabalho são elementos que se relacionam, influenciando-se mutuamente.

No tocante especificamente à formação, a argumentação em torno do perfil social do ACS diversifica-se em algumas nuances. Por exemplo, depois de prevista por lei a necessidade de um processo de qualificação dos ACS, com bases nacionais estabelecidas pelo MS, o argumento contrário à formação desses trabalhadores transmutou-se em oposição à formação técnica. O problema passou a ser um possível processo de tecnificação dos ACS que poderia ser promovido por este nível de formação, considerando também o fato de que ele exigiria uma elevação do nível de escolaridade e poderia promover, assim, um afastamento cultural desses trabalhadores em relação ao contexto da população que atendem e com a qual precisam estar identificados para exercerem bem o seu papel de elo/ponte com o serviço.

Essa forma de preconceber a formação técnica e seus efeitos sobre o ACS e seu trabalho revela alguns pressupostos: um deles é que a solidariedade, a capacidade de importar-se com o outro, só é garantida mediante a identificação com esse outro, mas acrescenta que essa identificação passaria por viver vida igual a esse outro, ou seja, ser o mesmo, ser como o outro.

Percebo alguns problemas nessa forma de pensar. Vou tentar apresentá-los sob a forma de algumas questões. Não seria a solidariedade, tomada como a capacidade de colocar-se no lugar do outro, preservando a alteridade, um atributo necessário a todos os trabalhadores da saúde (e reconhecido em muitos desses trabalhadores), ou seja, uma condição para um cuidado humanizado, um atributo ético-político que pode ser construído pelos processos de socialização, inclusive os processos formativos, para que se consiga alcançar um novo modelo de atenção, conforme parece estar preconizado na própria estratégia saúde da família? Ou estaríamos falando de diferentes possibilidades de transformação desse modelo?

Se a formação técnica e a elevação de escolaridade são consideradas entraves ao cumprimento do papel social do ACS; e se nas atribuições dos ACS está incluída a construção de um diagnóstico socio sanitário onde esses trabalhadores identificam condições de vulnerabilidade da população que podem estar associadas a problemas de saúde; e se compreendemos o processo saúde doença como “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4); então, ao realizar tal diagnóstico em sua comunidade, o ACS não deveria tomar como um problema, como indicador de vulnerabilidade social, a situação da educação, ou seja, as crianças fora da escola, os adultos sem a devida escolaridade, analfabetos etc.?

Assim, se na atuação do ACS a situação de educação precária das pessoas deveria ser considerada um problema que concorre para a conformação do processo saúde-doença e precisa, portanto, de intervenção, como a própria educação deste trabalhador pode ficar associada à da comunidade da qual faz parte e onde atua, sem ser considerada também esta um problema que precisa ser transformado? Não se estaria penalizando o ACS por sua origem comunitária? Ou melhor, o ACS e sua comunidade não estariam sendo condenados a perpetuarem a desigualdade social expressa em seus indicadores de escolarização?

Por outro lado, se a situação de informalidade, de precarização das formas de trabalho da população, em geral, também constitui um problema que concorre para a conformação do processo saúde-doença, como esta situação pôde ser empregada e considerada funcional em uma política de saúde que supostamente pretendia transformar a situação de saúde-doença dessa mesma população?

Devo lembrar, mais uma vez, que o ACS só pôde saber ler e escrever, conforme os requisitos do Ministério da Saúde, desde 1987 até 2002⁹⁶ e, agora, precisa somente ter o Ensino Fundamental e realizar uma formação inicial para exercer a sua profissão. Da mesma forma, o ACS teve por muitos anos e ainda tem vínculos precarizados, cujo processo de reversão ainda está apenas no início, fruto, principalmente, da mobilização dos ACS e da ação do Ministério Público do Trabalho, como já mencionado anteriormente.

A solidariedade em questão

Outra discussão importante derivada da publicação *A Vinculação de um Trabalhador Sui Generis – o agente comunitário de Saúde* (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000) diz respeito à concepção de solidariedade subjacente ao perfil social do ACS, conforme defendido pelos autores. Essa discussão tornou-se relevante para a compreensão deste perfil social, tendo repercussões no processo de formulação da política de formação do ACS. Além disso, o termo 'solidariedade' está impregnado de um valor ético-político importante no campo da saúde, difundido como um valor que precisa estar presente no trabalho e nas práticas em saúde. Sua relevância também decorre do fato de se tratar de um princípio que organizou movimentos sociais importantes no campo da saúde e dos direitos sociais em geral.

Entretanto, a noção de solidariedade expressa no texto parece esvaziada de sentido político e recoberta de virtudes individuais ou comunitárias, realizadas mediante o estabelecimento de laços entre indivíduos ou grupos que têm modos de vida e problemas comuns, como já visto. Nesse sentido, quando os autores do texto em tela afirmam que "a interpretação solidarista passou a ser uma filosofia intrínseca de orientação do programa no âmbito do Ministério da Saúde, a despeito das múltiplas dificuldades que ainda existem para operacionalizá-la como uma prática institucional generalizada" (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 14), percebo que a noção de solidariedade subentendida no texto aparece não somente esvaziada de sentido político, como também tornada útil à realização de uma política social e de seus objetivos.

Percebo haver uma relação entre a concepção de solidariedade veiculada no texto e a conjuntura em que se reconfiguraram os movimentos sociais e as

⁹⁶ Considerando o período compreendido desde a criação do Programa de Agentes de Saúde do Ceará até a lei n. 10.507, em 2002, que criou a profissão de ACS e estabeleceu o Ensino Fundamental como requisito, conforme visto antes.

organizações contra-hegemônicas. Em outras palavras, parece-me que a noção de solidariedade adotada pela política de saúde promovida nos anos 1990 e que institucionalizou os ACS pode ter sido forjada em meio à conjuntura imediatamente posterior aos movimentos macrossociais e às grandes lutas pela democratização do país e pela garantia dos direitos sociais na Constituição Brasileira. Na década de 1990, estes movimentos retraíram-se e ganhou força o processo de reconfiguração do Estado e das relações econômicas e sociais, a partir do ideário neoliberal.

Nesse contexto, no Pacs, sob a aprovação da Comunidade Solidária, e, por extensão, no PSF, parece ter havido uma apropriação somente parcial do escopo e do horizonte de atuação de certos trabalhadores de caráter popular que guardam relação com a função de ACS. Tratarei de desenvolver esta ideia.

Compreendo que a função do ACS é inspirada em trabalhadores de extração popular, com atuação comunitária e legitimidade social construída entre seus pares, por meio de saberes próprios, liderança religiosa, cultural ou política, ideia reforçada por estudos como os de David (2001). Esta compreensão se apoia, principalmente, na caracterização dos primeiros ACS, sobretudo no perfil desses trabalhadores no início do Pacs, principalmente na região Nordeste, quando vários agentes de saúde tinham um percurso de formação e militância política, no qual se destaca o Movimento Popular de Saúde (Mops), do qual participou Tereza Ramos, líder nacional dos agentes comunitários de saúde.

Como nos lembra Tereza Ramos, nos tempos dos agentes ligados à Pastoral da Saúde⁹⁷ e de militância no Mops, era só “agente de saúde. A palavra ‘comunitário’ foi criada muitos anos depois” (RAMOS M., 2007, p. 330). Posso supor que o termo ‘comunitário’, adicionado ao ‘agente de saúde’, tornou-se necessário quando foi preciso distinguir o extrato da população a ser focado pelas políticas sociais, delimitando a sua ação ao universo de sua comunidade e das questões ali vividas.

Penso ser este o contexto, desde o final dos anos 1980, no qual as práticas de solidariedade exercidas por esses trabalhadores de extração popular, como as parteiras, as benzedeiras, as curandeiras, que têm um forte componente cultural e

⁹⁷ Na apreciação do trabalho da Pastoral de Saúde do Recife, é preciso levar em conta a liderança de Dom Helder Câmara, um dos religiosos de maior expressão política, em defesa dos direitos humanos, da democracia de base popular e da justiça social, cujo nome está fortemente associado ao movimento das Comunidades Eclesiais de Base e à Teologia da Libertação.

de autogestão do cuidado em saúde, foram investidas pelas políticas de saúde que incorporaram algumas de suas qualidades subjetivas na definição do perfil social dos ACS, hoje generalizado pela estratégia saúde da família.

Entretanto, quando essas qualidades foram incorporadas como parte de uma estratégia em uma política pública de saúde, como base do perfil social do trabalhador-mediador entre a comunidade e o Estado, alguma subtração parece ter sido feita. Subtraiu-se o conflito, a luta social de caráter coletivo e um horizonte mais ampliado de transformações que compunham vários movimentos populares na área da saúde. Assim, incluídos como base para pontes ou elos, alguns atributos presentes nesses movimentos, entre eles a solidariedade, acabam destituídos de seu traço mais potente de transformação.

Contudo, plasmaram-se as bases culturais que promovem estratégias e práticas singulares de saúde, convertidas, a partir de então, na fórmula genérica repetida: 'a origem comunitária do ACS'. Estas estratégias e práticas, submetidas à organização do processo de trabalho nas equipes de saúde da família, onde se encontra definido o rol de atividades previstas e prescritas para os ACS podem, contraditoriamente, não encontrar espaço e autorização para a sua manifestação.

Nessa mesma discussão, há ainda outro elemento importante que precisa ser considerado no processo de incorporação dos atributos subjetivos de caráter social e cultural, como a solidariedade, na configuração do perfil de um trabalhador de uma política pública, que é a questão da escala. Uma política pública como o PSF, que tem se expandido em todo o território nacional, depara-se com a necessidade de um número muito grande de agentes comunitários de saúde. Em dezembro de 2007, eles já somavam 211 mil trabalhadores atuando em áreas rurais e urbanas de pequeno, médio e grande porte (BRASIL, 2008b).

A partir dessa situação, as questões que se colocam são as seguintes. Como reproduzir, em escala, as características que produziram uma determinada maneira de atuar socialmente, de cuidar, de mobilizar e organizar um grupo social? Como gerar condições de representatividade das questões locais na configuração do perfil desse trabalhador, diante de locais tão diversos? Como definir uma base nacional para o perfil social do ACS, necessária a uma política geral, mas que precisa contemplar também as especificidades locais regionais?

A expansão para os grandes centros urbanos, por exemplo, evoca as questões relativas às possibilidades de expressão e preservação de processos culturais específicos, num ambiente de intensa massificação e consumo cultural, como as

periferias urbanas. O específico e o singular, em tais centros urbanos, precisam ser considerados levando-se em conta as relações sociais em meios de complexidade urbano-industrial e com processos de exclusão que são, somente relativamente, demarcados em regiões de ocupação muito próxima às áreas de urbanização central. As comunidades assim constituídas não configuram meios completamente distintos e apartados. Apesar de afastados por processos de clivagem social, os diversos meios sociais comunicam-se e interagem, influenciando-se mutuamente. Assim, falar em origem comunitária nesses locais parece referir-se, mais especificamente, ao conhecimento de códigos de convivências, de mecanismos de organização da vida social, que podem ser postos pelo ACS a serviço das políticas públicas na realização de suas metas.

Nessa mesma linha de raciocínio, outra questão que se impõe é a localização do ACS na interface entre a comunidade e o Estado. Com um processo de trabalho no qual tem predominado o caráter prescrito, os ACS têm representado muito mais um agente do Estado e menos um agente da comunidade no que diz respeito à mediação que sua função prevê. Afirmar isso não significa concluir que os ACS estão insensíveis à comunidade e às suas necessidades, mas somente quer dizer que, no encaminhamento destas, os ACS têm tido que lidar frequentemente com os limites impostos às políticas sociais, especialmente de saúde. Esses limites têm várias formas de expressão no cotidiano dos ACS que se deparam, bastante amiúde, com a organização autorreferida dos serviços, as restrições de acesso às ações de atenção e as inadequações das práticas de cuidado em saúde. Assim, a expectativa de que um ACS possa liderar ou organizar ações coletivas que visem à transformação dessas limitações ou a expectativa de que este pratique ações que possam imprimir outras racionalidades no processo de atenção e cuidado em saúde têm encontrado pouco espaço e condições de realização.

Sobre a autonomia ou quando o lugar da mediação (re)produz exclusão

A essa altura, cabe identificar ainda outro argumento apresentado no texto na ponderação acerca das modalidades de vinculação dos ACS: a autonomia, isto é, a necessidade defendida pelos autores do texto em análise de o ACS ter autonomia em relação ao Estado para desempenhar bem o seu papel social, caracterizado como de mediador social. Vejamos, então, como os autores chegam à conclusão dessa necessidade de autonomia dos ACS.

Opondo, mais uma vez, a interpretação utilitarista à interpretação solidarista, os autores colocam que esta última entende que “a comunidade (sociedade civil) deve a si obrigações morais mínimas [notem, morais, não ético-políticas], a começar pelo dever de solidariedade” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 12), enquanto a posição utilitarista, presa ao paradigma dos direitos sociais ditos clássicos, entende que haveria “na relação do Estado com seus cidadãos mais carentes uma ‘dívida social’ a ser resgatada pela ação das políticas sociais” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 12).

Nesse sentido, os autores formulam como linha doutrinária para interpretar o trabalho do ACS que ele “seja visto como um operacionalizador de uma das inúmeras interfaces que é possível imaginar existir entre esses direitos e obrigações”. Nessa linha de pensamento, ele promoveria tanto a solidariedade comunitária como também o acesso aos direitos sociais, levando “às famílias necessitadas recursos e conhecimentos organizados pelo Estado” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 12). Para compor essa argumentação, os autores usam a imagem de portas que se abrem, provavelmente numa alusão ao trabalho de visita domiciliar que os ACS realizam: “Ele ajuda a abrir as portas da solidariedade comunitária, mas também as de acesso aos direitos sociais (...)” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 12).

Caracterizada a interface onde atua o ACS, os autores acrescentam uma condição para que esta funcione:

Essa interface, para que funcione bem, tem de desfrutar de certo grau de autonomia política e econômica em relação ao aparelho de Estado. O ACS não pode estar subordinado hierarquicamente aos poderes de mando típicos da burocracia. Enfim, não deveria ser transformado em mero ‘efetor’ a serviço da burocracia de Estado. Por outro lado, não pode ser entendido como pertencente por inteiro ao chamado terceiro setor, porque suas ações são orientadas por um programa financiado e dirigido pelo Estado (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 12).

Percebo, aqui, certas implicações desta noção de autonomia política e econômica em relação à aparelhagem estatal, defendida no texto como necessidade para o ACS desempenhar bem o seu trabalho e colocada como critério de exclusão da modalidade de contratação dos ACS como servidores públicos.

Essas implicações têm a ver com uma possível confusão entre a autonomia perante o Estado, como condição para a melhor modalidade de vinculação dos ACS, e uma maior liberdade da parte dos gestores como contratantes, para desligarem este trabalhador quando este não estiver atuando de forma

adequada à sua gestão. O segundo sentido parece dizer pouco respeito a uma autonomia de condições de atuação do ACS no desempenho do seu papel social, muito pelo contrário.

Considerando que são muito diversas as variáveis envolvidas na definição do que seja um trabalho adequado, principalmente do ponto de vista político, a noção de autonomia apresentada pelos autores pode ser compreendida também como um elemento que concorre para a flexibilização das condições de trabalho dos ACS.

Devemos considerar ainda que não se pode menosprezar o risco de haver desligamentos decorrentes de critérios pouco éticos, como é o caso de demissões de integrantes de equipes de PSF, entre estes principalmente dos ACS, devido à utilização da fragilidade dos vínculos desses trabalhadores em benefício político-privado. Esse tipo de vínculo sem garantias torna os trabalhadores mais vulneráveis, por exemplo, às mudanças de mandatos de políticos na gestão pública.

Portanto, a noção de autonomia apresentada pelos autores pode ser compreendida, também, como um mecanismo que contribui para aumentar as possibilidades de flexibilização das condições de trabalho dos ACS.

Entretanto, penso não ser esta a única noção de autonomia presente na disputa pela formulação de políticas de gestão do trabalho dos ACS. Lembro que, entre os argumentos colocados à época da luta histórica pela definição do concurso público como meio de acesso aos quadros do funcionalismo público e pela defesa do regime estatutário como modalidade de vinculação dos servidores públicos no âmbito da Constituição Federal, além, também, dos argumentos reafirmados hoje na luta pela preservação dessa regulamentação, pode-se encontrar uma outra noção de autonomia.

Esta noção diz respeito a garantir alguma proteção ao trabalhador servidor público contra eventuais interesses privados na utilização dos cargos públicos e a preservar equipes de trabalho em relação aos rumos políticos que os governos e os mandatos políticos possam tentar impor, em detrimento dos interesses públicos. É uma noção que, em certo sentido, busca preservar a possibilidade de esses trabalhadores desenvolverem, entre si e com os beneficiários de suas ações, laços ético-políticos que contrariem orientações de políticas inadequadas à gestão das instituições públicas no cumprimento dos direitos individuais e sociais que estas deveriam garantir.

Neste sentido, como condição para a autonomia dos ACS, entendida como possibilidade de este trabalhador realizar bem o seu trabalho na interface entre a comunidade e o Estado, mediando a realização dos direitos e dos deveres recíprocos entre essas duas instâncias em conformidade com o papel social do ACS, definido no próprio texto, talvez a conclusão a que chegássemos sobre o vínculo de servidor público fosse oposta à inadequação que os autores apontam.

As modalidades de vinculação analisadas: conclusão antecipada

Finalmente, tendo considerado o perfil social dos ACS e apresentado as interpretações sobre este trabalhador e suas implicações, os autores põem-se a analisar três modalidades de vínculos para os agentes comunitários de saúde, assumindo *a priori*, como já visto, a opção pela compreensão solidarista da participação dos ACS na política social que os instituiu. Ao fazê-lo, partem do pressuposto colocado na abertura do texto, ou seja, da necessidade de se definir uma modalidade de vinculação dos ACS que lhes garanta os direitos associados ao trabalho e que se conforme com o perfil social desse trabalhador, composto de dois atributos fundamentais: a origem comunitária e o pendor à ajuda solidária.

Entretanto, as modalidades discutidas pelos autores são ponderadas, já se antevendo um cenário limitante, onde as políticas sociais sofreram com o que os autores chamam de “omissão dos encargos sociais, que oneram a folha de salários dos empregados celetistas”, e que teriam gerado uma situação na qual “qualquer medida visando diminuir a prevalência da informalidade enfrenta obviamente uma contrapartida de resistência na gestão financeira global desses programas” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 19).

Identifico nesse pensamento um movimento semelhante a um círculo vicioso que pode ser revelado num exercício relativamente simples que implica analisarmos o impacto social da perda dos direitos associados ao trabalho na população brasileira e os resultados desta perda em termos de necessidades de intervenção das políticas sociais criadas para aliviar o impacto desses resultados sobre a população (dentre os quais as condições de saúde, por exemplo).

Ao precarizarem o trabalho no âmbito de seus programas, as políticas sociais não estariam reproduzindo parte das causas cujos efeitos as têm justificado no marco da sociedade capitalista? Isto é, ao buscar atuar sobre as consequências da desigualdade estrutural, acabam produzindo mais desemprego e trabalho precário

em sua esteira, ou seja, as políticas sociais não acabariam aumentando parte do problema que deveriam reduzir?

Os mesmos limites conjunturais são utilizados também como argumento para eximir os gestores da participação nos resultados, em termos de precarização do trabalho, do desenvolvimento da principal política pública de ampliação de cobertura e reorganização de modelo – a saúde da família. Nesse sentido, os autores localizam a precarização do trabalho dos ACS e de outros trabalhadores brasileiros no contexto econômico-social da década de 1990, utilizando essa condição comum para desresponsabilizar os gestores do SUS das condições informais do trabalho na saúde da família:

É preciso, portanto, nesta discussão, não perder de vista o processo de flexibilização e desregulamentação do trabalho ocorrido no país nesta década. Nessas circunstâncias, independentemente da vontade dos seus formuladores e gestores, programas sociais tais como o PSF passaram a ser operacionalizados com trabalhadores que são postos nas mesmas condições de desproteção social e de precariedade de trabalho que têm sido evidenciadas nos setores competitivos da economia nacional (SIQUEIRA NETO, 1996, *apud* NOGUEIRA, SILVA E RAMOS, 2000, p. 19).

A conjuntura não é criticada, aparecendo de forma naturalizada, já absorvida e tomada como fato, mas é utilizada como anteparo de eventuais críticas dirigidas a esses gestores. Nessa conjuntura, os ACS, sobrevalorizados na função de ponte/elo entre a comunidade e os direitos sociais, acabam sendo funcionais a uma situação em que eles próprios são destituídos dos direitos associados ao trabalho formal.

Outro limitante conjuntural trabalhado no texto diz respeito a uma suposta situação extemporânea, onde os ACS são localizados como um ‘prematuro histórico’, criado por uma política pública avançada demais em relação ao estado de desenvolvimento ainda insuficiente das relações de solidariedade de certo tipo na atual conformação da sociedade civil brasileira.

O caminho de argumentação percorrido no texto é o seguinte. Primeiro, os autores localizam o programa ao qual está vinculado o ACS como “um exemplo, entre outros, de um novo paradigma de políticas sociais, de emergência muito recente, centrado na potencialização das ações desenvolvidas em comum entre Estado e sociedade civil ou comunidade” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 14). Em seguida, descrevem o contexto de aparecimento desse trabalhador como anacrônico:

Nas condições brasileiras, os ACSs apareceram numa fase histórica em que já não se admite que o Estado também tenha de ser a fonte de todas as iniciativas e ações de bem-estar social, mas em que a sociedade civil ainda não dispõe de entidades capazes de oferecer uma parceria ampla e forte para dar conta de muitas dessas ações. Nesse sentido, o ACS constitui uma espécie de 'prematureo histórico', que sofre na carne a vicissitude de não poder ser albergado num invólucro institucional da solidariedade que esteja previamente enraizado no próprio tecido da sociedade civil (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 15).

Essas condições reunidas comporiam o horizonte de dificuldades para a implantação da modalidade de vinculação dos ACS que os autores concluem ser a melhor e mais adequada, segundo os critérios anteriormente apresentados, isto é, como assalariado de entidade privada não-lucrativa conveniada com a Secretaria Municipal de Saúde. Esse vínculo, cujo principal obstáculo se resume a essa extemporaneidade, é trabalhado em conjunto com duas outras modalidades: a de empregado público da Secretaria Municipal de Saúde e a de autônomo de cooperativa contratada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Admitindo haver um "clima generalizado de desregulamentação das relações de trabalho" (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 21), os autores creem ser possível que "(...) os gestores do SUS sejam incentivados a difundir uma (ou mais de uma) forma de vinculação institucional, sem que esta solução favoreça o distanciamento ou alheamento em relação à comunidade de onde se origina e com a qual se liga estreitamente pelo seu trabalho" (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 21).

Apesar de preferirem que essa solução incluísse todos os trabalhadores da saúde da família, os autores compreendem ser justificável que se dê um tratamento separado ao ACS em função da "vulnerabilidade social" desse trabalhador e de "sua renda relativamente baixa" (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 21). Para a análise empreendida, os autores só consideraram os vínculos nos quais os ACS seriam contratados mediante a Consolidação das Leis do Trabalho (situação da preferência dos ACS, segundo os depoimentos analisados pelos autores) ou sob o estatuto da autonomia, descartando-se o vínculo de estatutário. Este último foi descartado tendo em vista o processo de reforma administrativa do Estado, então em curso, que buscou flexibilizar a normatização referente à vinculação dos funcionários públicos com o Estado. Segundo os autores, tal processo se deu, principalmente, mediante três orientações:

- a) reservar o regime estatutário para carreiras estratégicas da alta administração e dos serviços considerados de exclusividade do Estado; b)

prescrever o regime CLT para as demais carreiras, dando origem à figura do 'emprego público'; e c) adotar procedimentos simplificados para a admissão (concurso) às carreiras de serviços que não são 'exclusivas do Estado', como é o caso da grande maioria das profissões e ocupações da saúde (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 21).

As três modalidades de vínculo para os ACS são analisadas segundo três requisitos, entre os quais, finalmente, é explicitada a questão econômica apenas vislumbrada no início do texto. Esses critérios exigem que a proposta: "a) seja viável do ponto de vista das políticas públicas vigentes e sustentável economicamente; b) atenda à interpretação que damos ao papel social do ACS; e c) garanta a esse trabalhador *sui generis* os direitos referidos" (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 21).

Sobre o vínculo de empregado público de Secretaria Municipal de Saúde, os autores colocam como aspectos positivos o fato de aos ACS serem garantidos os direitos associados ao trabalho e destacam como aspecto negativo o fato de que esta opção supostamente extingiria os dois requisitos associados ao papel social dos ACS: a origem comunitária e o pendor à solidariedade. Essa situação devia-se ao fato de não ser possível realizar concurso público que discriminasse o local de moradia, assim como não se poderia levar em conta os atributos pessoais do perfil social do ACS⁹⁸.

Por sua vez, na situação de autônomo de cooperativa contratada pela Secretaria Municipal de Saúde, os direitos trabalhistas dependeriam de acordos com a gestão municipal e de negociações no interior da cooperativa. Sendo assim, além de não serem aceitas pelo MPT, que as vê como "disfarce para a condição de emprego assalariado" (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 24), as cooperativas exigiriam processos de negociação recorrente, dependente de capacidade organizativa dos ACS, o que as inviabilizaria como solução a ser universalizada. Finalmente, a vinculação de assalariado de entidade privada não-lucrativa conveniada com a Secretaria Municipal de Saúde teria a seu favor o fato de ser realizada mediante vínculo CLT, garantindo os direitos trabalhistas aos ACS e atendendo à preferência que os autores identificaram haver, entre esses trabalhadores, por essa modalidade contratual. Além disso, tem condições de atender às exigências do perfil social das atribuições dos ACS, uma vez

⁹⁸ Em 2006, a emenda constitucional n. 51/06 modificou o artigo 198 da Constituição Federal, tornando possível a seleção dos ACS e dos agentes de endemias mediante processo seletivo público, o que permitiria a discriminação por local de moradia.

que os processos seletivos realizados por uma entidade de direito privado podem discriminar por área geográfica e apreciar traços de personalidade.

O seu principal senão seria o fato de o seu sucesso estar condicionado à existência de entidades que cumpram os requisitos para mediar a vinculação dos ACS. Nessas condições, os autores preveem três formatos de vinculação: “a) com entidade filantrópica tradicional; b) com ONG comunitária; c) com ONG que congrega os próprios ACS” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 25). A terceira opção é considerada a mais adequada, atendendo à necessidade de organicidade entre a instituição e o papel social cumprido pelo ACS e evitando o inconveniente das suspeitas de fraude trabalhista que rondam as cooperativas.

Essa proposta, apesar de supostamente ideal, ficaria comprometida por não haver base social que a sustente, representada pelo desenvolvimento de entidades que cumpram esse papel de mediar as relações trabalhistas entre o Estado e os trabalhadores que as políticas sociais mobilizam para realizar seus objetivos. Essa base social seria formada, segundo os autores, por meio de uma política ‘proativa’ de formação de mecanismos estáveis de parceria entre o Estado e as organizações do terceiro setor.

Consideremos as condições que os autores enumeram como necessárias para que a proposta de vinculação dos ACS eleita se torne viável:

(...) primeiro, que os custos adicionais dos encargos sociais sejam plenamente assumidos pelos gestores do SUS e, portanto, constituam um ônus contemplado no valor dos convênios mantidos com essas ONGs; segundo, que haja uma mobilização política e de recursos técnicos desencadeada pelo Ministério da Saúde para sensibilizar os gestores e os próprios ACSs acerca das vantagens e da legitimidade dessa opção, bem como para apoiar sua implantação nos municípios (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 26).

Seria essa a proatividade requerida ao Estado? Estaríamos diante de mais um caso de conformação do setor privado no Brasil, a partir do setor público, financiado por recursos públicos e ocupando o espaço deixado pelo Estado em relação às políticas sociais?

A essa resposta, certamente, não chegaremos no escopo deste trabalho, mas este me permite considerar que a questão do vínculo dos ACS ainda se encontra em aberto, apesar de o movimento organizado destes trabalhadores ter conseguido garantir a regra do vínculo direto com o Estado, com

contrato segundo a CLT, na lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006⁹⁹. Do mesmo modo, encontra-se em aberto, também, a questão da formação dos ACS. Como visto, existe uma normatização (a mesma lei n. 11.350) exigindo somente o Ensino Fundamental e um curso introdutório de formação inicial e continuada para o exercício profissional de ACS (BRASIL, 2006c), em contraposição ao “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, que prevê a formação técnica deste trabalhador (BRASIL, 2004e).

Todo o trabalho analítico aqui realizado sobre a publicação *A Vinculação de um Trabalhador Sui Generis – o agente comunitário de saúde* (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000) foi para perceber as concepções que se difundiram a respeito do perfil social dos ACS e as bases argumentativas que as fundamentam, considerando que estas se fizeram presentes também no debate em torno da política de formação dos ACS.

Dessa forma, noções de solidariedade e autonomia mesclaram-se às ideias de origem comunitária e pendor à solidariedade, conformando a trama argumentativa na qual se forjou o perfil de um trabalhador que precisa estar referido à sua comunidade para ter legitimidade, mas cuja identidade é negada, não podendo instituir-se como um servidor público, no âmbito do Estado, nem como um trabalhador voluntário de extração popular.

Sob a alegação da necessidade de preservação dos atributos sociais que lhes conferem tipicidade, os ACS foram (e continuam sendo) privados de processos formativos que poderiam lhes garantir elevação de escolaridade e maior participação no universo de conhecimentos socialmente construídos e cientificamente legitimados em nossa sociedade.

Sobrevalorizados, porém subalternizados nos processos de trabalho na saúde e limitados por processos formativos iniciais, os eventuais saberes singulares dos ACS podem não encontrar espaço de expressão no trabalho, nem em espaços formativos onde estes possam ser postos em dialógico com as formas instituídas de ciência e técnica. Esse é um saldo que ainda é preciso reverter e cujo caminho de equacionamento ainda se vislumbra longo.

⁹⁹ Segundo o entendimento da Conacs, existe ainda uma questão referente ao fato de ser vedado a uma instância de governo praticar simultaneamente dois tipos de vínculo na contratação dos trabalhadores. Dessa forma, o município que tem trabalhadores vinculados a ele por meio do Regime Jurídico Único (RJU) não pode contratar trabalhadores no Regime de CLT. Se, de um lado, essa situação tem reforçado a continuidade de estratégias de vinculação dos ACS mediadas por terceiros, por outro tem sido um argumento importante para o movimento organizado dos ACS defender o RJU como regime de contratação dos agentes.

Considerações Finais

Sob o pretexto de apresentar uma conclusão, certamente provisória, das análises que desenvolvi ao longo deste texto, destaco que, na busca de documentos relacionados ao objeto dessa pesquisa – as concepções em disputa no processo de formulação da política de formação do ACS –, percebi que este não é o campo mais explorado da literatura acadêmica produzida sobre os ACS. Pelo contrário, predominam trabalhos investigando a identidade ou o perfil desse trabalhador e o seu processo de trabalho, suas atribuições ou o seu papel em relação a algum objetivo de trabalho na saúde da família.

Esta temática pouco eleita traz questões prementes da luta política travada pelos ACS em prol de sua formação e vinculação, que foram tomadas como elementos centrais desse livro que busco resumir agora, construindo uma síntese provisória. Nestas breves linhas finais, revendo como o processo de formulação da política de formação dos ACS transcorreu, pretendo apreciar o saldo das principais questões que identifiquei no desenvolvimento desse processo e de que forma ainda se encontram atuais.

Princípio sinalizando que um momento importante do processo de formulação da política de qualificação profissional dos ACS é o seu início, ou seja, a forma como este problema – a gestão da educação e do trabalho dos ACS – penetrou na agenda do governo, tornando-se objeto da política. Esse início sugere, de um lado, o sucesso do movimento organizado dos ACS, que ajuda a recompor o valor do movimento organizado no setor saúde para a construção da pauta e para a própria formulação da política. De outro lado, destaca o papel do Ministério Público do Trabalho, que pressionou os gestores do SUS pela realização dos direitos dos ACS. Esta instância tem tido uma atuação que vem se tornando cada vez mais relevante no processo político brasileiro, especialmente no campo da saúde pública.

Além disso, revela que, no início do primeiro mandato do governo Lula, no Ministério da Saúde, particularmente na SGTES, foi empreendida uma tentativa de organizar uma política mais abrangente e permanente de gestão do trabalho e da educação dos trabalhadores da saúde que acolheu as reivindicações dos ACS.

Esse início revela ainda como o movimento desses trabalhadores assumiu de forma conjunta os dois âmbitos da qualificação profissional, apresentando às instâncias legislativas e executivas demandas referentes tanto à gestão do trabalho quanto à formação dos agentes comunitários de saúde.

Iniciado o processo, este ganhou contornos interessantes no sentido da participação política, a qual foi se ampliando ao longo do desenvolvimento da proposta de formação dos ACS. A princípio, foram mobilizados atores das áreas do próprio Ministério da Saúde e de instituições ligadas a este ministério, mas, em pouco tempo, foram sendo convocados outros atores (gestores, trabalhadores, representantes de instituições de ensino) que passaram a disputar a formulação da política em tela. O processo participativo incluiu também a consulta pública, cujos resultados carecem de uma maior investigação para que se julgue o seu efeito quanto à democratização da formulação da política.

Essas disputas foram se capilarizando e se deram tanto nos fóruns produzidos para o debate da política como, também, nas instâncias gestoras do SUS, onde se destaca a Comissão Intergestores Tripartite que definiu os limites colocados à política de formação dos ACS, isto é, a realização somente da primeira etapa do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

No processo de formulação da política, foram construídas basicamente três propostas de formação dos ACS que representam as tendências e possibilidades dos momentos políticos vividos. A primeira, de 80 horas, aportava um esforço de organização da capacitação dos ACS, vindo da gestão anterior, particularmente do DAB, na mesma linha do treinamento introdutório, que não se constituiu num projeto de profissionalização. Não havia ainda essa possibilidade no horizonte da gestão da atenção básica, nem da gestão da educação e do trabalho em saúde. A segunda proposta, de 320 horas, mostrou-se mais abrangente e indicava um sentido de educação permanente, mas ainda não chegou a agregar um projeto profissionalizante à preparação dos ACS para o trabalho.

Após um ano de discussões e debates, a última proposta discutida, que se tornou a política para a formação dos ACS, consistiu numa formação técnica de 1.200 horas, contemplando as várias frentes de atuação desses trabalhadores. A formulação da proposta de formação técnica para os ACS deu-se num momento de intensa negociação e formulação política no campo da formação em saúde, promovido pela SGTES/MS. No caso específico da educação profissional em saúde, havia se fortalecido a disposição política desse ator para assumir a ordenação da formação dos trabalhadores técnicos em saúde e de investir recursos, formular

ações e estratégias, no sentido de fortalecer a capacidade formativa própria e permanente do SUS.

A política de formação técnica então formulada para os ACS tem um caráter profissionalizante indissociável, aponta para a elevação da escolaridade dessa categoria profissional e traz consequências implícitas para a gestão do trabalho, que seriam a necessidade de se criarem cargos compatíveis com essa nova titulação, o que implicaria também aumento salarial.

Esse parece ter sido o principal elemento que se explicitou no posicionamento contrário à formação técnica dos ACS da parte dos gestores municipais do SUS – a questão da elevação salarial. Mas este elemento não se apresentou sozinho. As implicações da formação técnica dos ACS para a gestão do SUS evocam questões que dizem respeito à conformação do sistema e à forma como este é gerido, à compreensão da natureza do trabalho do ACS, à abrangência do processo de transformação do modelo de atenção que a saúde da família tem representado e ao caráter permanente ou não dessa política.

Além dessas, no correr dos debates em torno das propostas formativas, alguns elementos relativos à concepção da educação na área da saúde, particularmente da educação profissional em saúde, apareceram nos argumentos que disputaram a forma e o conteúdo dessas propostas formativas. Como vimos, são eles, basicamente, a concepção de ensino em serviço e o currículo por competências, que tangenciam uma questão fundamental para a formação dos trabalhadores: a relação entre teoria e prática, a qual, por sua vez, guarda relação com a organização do processo de trabalho em saúde e com a hierarquização das atribuições e responsabilidades entre os integrantes desse processo.

A relação entre teoria e prática, questão particularmente importante nos projetos educativos que visam à formação da classe trabalhadora, aporta elementos que podem contribuir tanto para a reprodução quanto para a transformação da divisão social do trabalho. No caso dos trabalhadores de nível médio e principalmente dos ACS, cuja profissionalização tem se dado quando este trabalhador já se encontra em serviço, essa relação vem sendo influenciada por um dado de realidade importante que é a necessidade de liberação deste trabalhador do serviço para a sua formação.

Sob o argumento, que se mostrou importante nos documentos analisados, de defesa do ensino em serviço como forma de garantir que a formação dos ACS esteja baseada na realidade das práticas em saúde, percebo o risco de serem

produzidas situações em que o trabalhador tenha a sua formação restringida ou subtraída. Isto seria possível pela realização de boa parte da carga horária de formação no âmbito do próprio serviço, o que diminuiria a quantidade de horas liberadas para a formação. Porém, sob circunstâncias nas quais as premências do trabalho oferecem pouco espaço para o processo educativo, estas horas poderiam ser bastante comprometidas.

Apresento também uma questão forjada a partir da reflexão teórica sobre o sentido dado ao trabalho do ACS, que pode ser compreendido como um trabalho simples ou como um trabalho complexo. De uma maneira geral, no âmbito das políticas públicas de saúde, tem prevalecido uma compreensão do trabalho do ACS como algo simples, expressa, entre outras coisas, pela não profissionalização dessa função por muito anos, pela prevalência dos critérios de saber ler e escrever e, mais recentemente, de possuir o Ensino Fundamental para o ingresso no trabalho, associado à exigência de formação inicial e continuada num curso nomeado como introdutório.

Apesar do discurso que reconhece o valor social do trabalho do ACS e o papel que este tem desempenhado na transformação de indicadores importantes da saúde no Brasil, este valor não tem geralmente se traduzido em melhor remuneração, por exemplo. Da mesma forma, no campo da gestão do trabalho, a regularização de seus vínculos é um processo em andamento, não sem questões e constrangimentos.

No processo de análise dos documentos, identifiquei ainda um argumento que ajudou a consolidar certa compreensão a respeito do ACS e do trabalho que este realiza, que é o perfil social do ACS, caracterizado como *sui generis*. A especificidade desse perfil social se daria pela origem comunitária desse trabalhador e por um pendor à ajuda solidária que o conformariam como um trabalhador propício ao trabalho social.

Esse perfil baseia-se numa concepção de comunitarismo um tanto quanto idealizada e desprovida de conflitos, assim como constrói-se a partir de uma noção de solidariedade que esvazia de sentido político a ação solidária de certos movimentos sociais, no âmbito dos quais participaram agentes precursores da função de ACS.

De um lado, tal perfil, tornado a base da estratégia de ACS, encontrou problemas de escala para se tornar exequível, principalmente a partir da expansão da saúde da família; por outro lado, teve forte efeito na naturalização da concepção do trabalho do ACS como algo derivado de sua inserção social e para o qual

não se faz necessária uma qualificação além de uma breve preparação para o trabalho. Esse pensamento repercutiu sobremaneira nos debates travados no processo de formulação da política de formação dos ACS.

Desse modo, as questões discutidas no processo de formulação da política de formação dos ACS, tais como a participação de instituições escolares na formação dos ACS, a necessidade de uma formação que tenha caráter profissionalizante, com elevação de escolaridade, a possibilidade de essa formação transcender os elementos da preparação imediata para o trabalho, entre outras, estiveram em confronto, às vezes direto, às vezes indireto, com uma perspectiva que compreende o trabalho do ACS como algo movido pelo voluntarismo e para o qual certas condições culturais e subjetivas seriam suficientes.

Entretanto, não se pode supor que, no processo de formulação da política de formação dos ACS, opuseram-se, de forma linear, uma compreensão do trabalho do ACS como um trabalho complexo *versus* uma compreensão do trabalho do ACS como um trabalho simples e, por decorrência, deduzir que a complexidade se expressa na defesa da formação técnica e que a simplicidade se remete à formação inicial e continuada. Há outros elementos que se misturam a esses e impedem, por exemplo, que se listem os atores envolvidos em um ou em outro polo.

Há nuances na conformação da complexidade ou da simplicidade do trabalho do ACS que têm a ver, no campo da saúde, por exemplo, com a definição do escopo e da qualidade das atividades que lhe são atribuídas, na configuração da relação com os demais trabalhadores da saúde da família, na concepção de transformação do modelo de atenção que se defende e que se pretende promover. No campo da educação, esses elementos dizem respeito, por exemplo, à forma como se organizam os planos de curso, à sua composição e abrangência, a como se relacionam a teoria e a prática, à integração entre os aspectos técnicos e os aspectos políticos, culturais e sensíveis da formação desses trabalhadores, entre outros.

A essa altura, cabe indicar as questões que transbordaram este estudo que finda, parcialmente, no texto deste livro e se mostram como futuras possibilidades de investigação. Por exemplo, há que se investigar as experiências formativas já realizadas, o movimento dos trabalhadores ACS, a compreensão da formação e do trabalho dos ACS na perspectiva da educação popular em saúde (que também se fez presente no processo de debate da formulação da política de ACS) e a conformação da política de formação dos ACS relacionada às mudanças operadas na gestão do MS, a partir de 2005. Enfim, esses são apenas alguns dos estudos

que suponho podem também ser realizados no entorno da temática da formulação da política de formação dos ACS.

Percebo concluir, nesse momento, uma fase de um projeto maior que é tanto científico quanto político e que inclui o desejo de compreender a política de formação dos ACS, as bases e os meios para a sua sustentação, assim como vislumbrar os possíveis caminhos de ruptura e mudança. Por enquanto, concluo este livro, como pesquisadora e militante da formação dos ACS, buscando contribuir para que o cenário político se modifique e que as condições conjunturais e estruturais se transformem, de forma que o resultado provisório do processo de formulação da política de formação dos ACS possa ser revertido e que, em breve, possamos ver milhares de trabalhadores concluindo o seu processo de formação e de profissionalização.

Referências

- BORNSTEIN, Vera Joana. *O Agente Comunitário de Saúde na Mediação de Saberes*, 2007. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- _____. Ministério da Saúde. Cadernos RH Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. CGDRH/SUS. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- _____. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 23 dez. 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.886/GM de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, p. 11-13, 22 dez. 1997a.
- _____. Decreto n. 2.208 de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 18 abr. 1997b.
- _____. Ministério da Educação. *Portaria n. 646 de 14 de maio de 1997*. Regulamenta a implantação do disposto nos arts. 39 a 42 da Lei Federal n. 9.394/96 e no Decreto Federal n. 2.208/97 e dá outras providências (trata da rede federal de educação tecnológica). Brasília: Ministério da Educação, 1997c. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/PMEC646_97.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. *Princípios básicos para a operacionalização do Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/pacs/psf.htm>>. Acesso em: 17 dez. 1998.
- _____. Decreto n. 3.189 de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício de atividades de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 5 out. 1999a.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS. Coordenação de Atenção Básica/SAS. *Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b.
- _____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. *Resolução CNE/CEB n. 04/99*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: Ministério da Educação, 1999c.
- _____. Lei n. 9.790 de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 24 mar. 1999d.
- _____. *Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002*. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Qualificação da Atenção Básica. *Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Qualificação da Atenção Básica. *A Qualificação do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Qualificação da Atenção Básica. *Proposta Pedagógica para a Quali-*

_____ . *ficação do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

_____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Qualificação da Atenção Básica. *Programação Curricular do Curso Básico para o Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002e.

_____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde: um pacto tripartite*. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002f.

_____ . Ministério Público do Trabalho. Procuradoria Regional do Trabalho da 10ª Região. Coordenadoria da Defesa dos Interesses Individuais Homogêneos, Coletivos e Difusos. *Procedimento Investigatório 160/2003*, 3 mar. 2003a.

_____ . Ministério da Saúde. *Relatório do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_seminario_desprecarizacao2.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2008.

_____ . Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento. *Decreto n. 4.726 de 9 de junho de 2003*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c. Disponível em: <<http://www.crefito5.com.br/web/sus/Decreto%20n%BA%204.726%20de%2009-06-2003.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2008.

_____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Caminhos para a Mudança da Formação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde: diretrizes para a ação política para assegurar a educação permanente no SUS*. Documento para a reunião com os polos de capacitação em saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2003d.

_____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 3, n. 2, p. 221-

224, abr.-jun. 2003e. Informes Técnicos Institucionais.

_____ . Ministério da Educação. Semtec. Documento-base. In: _____. *Educação Profissional: concepções, experiências, problemas e propostas*. Brasília: MEC/Semtec, 2003f. p. 9-34.

_____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Coordenação da Educação Técnica. *Relatório da Oficina Estratégias para a Qualificação/Formação do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003g.

_____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Documento sem título* (documento alfa). Brasília: Ministério da Saúde, 2003h.

_____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Sobre a Qualificação e a Profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003i.

_____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Diretrizes para a Qualificação Profissional Básica do Agente Comunitário de Saúde (ACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003j. Versão preliminar.

_____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Programa da Oficina Agente Comunitário de Saúde – diretrizes para a qualificação profissional básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003k.

_____ . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003l. Versão preliminar de 1º set. 2003.

_____ . Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho Interministerial de Regulamentação da Profissão de ACS. *Regulamentação Profissional do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Minis-

tério da Saúde, 2003m. Programa da oficina e termo de referência.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003n. Versão preliminar de 20 out. 2003, enviada para consulta pública no site do Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003o. Versão preliminar de 6 set. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de Saúde da Família, 2001/2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Série C, Projetos, Programas e Relatórios.

_____. Ministério Público do Trabalho. Procuradoria Regional do Trabalho da 10ª Região. Coordenadoria de Defesa dos Interesses Individuais, Homogêneos, Coletivos e Difusos. *Termo de compromisso de ajuste de conduta n. 72/2004*, 4 ago. 2004b.

_____. Decreto n. 5.154 de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os artigos 39 a 41 da lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 26 jul. 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. *Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

_____. Decreto n. 5.159, de 28 de julho de 2004. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Educação e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 29 jul. 2004f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Consulta Pública do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004g. Relatório.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004h. Versão preliminar de 3 fev. 2004. Revisão feita a partir da consulta pública.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004i. Versão preliminar de mar. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde. In: _____. Ministério da Educação. *Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004j. Anexo.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Proposta de Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde: subsídios para discussão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004k.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde: subsídios para discussão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004l.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS)*. 3. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. *Portaria n. 648, de 28 de março de 2006*. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. *Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006*. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm>. Acesso em: 4 jun. 2007.

_____. *Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006*. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional n. 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 4 jun. 2007.

_____. *Decreto Federal n. 6.320 de 20 de dezembro de 2007*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Educação e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 29 dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.112 de 3 de março de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, p. 38-39, 4 mar. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Números da Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 9 dez. 2008.

BUENO, Leonardo Brasil. *Forma e sentido da*

resistência na cidade do Rio de Janeiro: a luta da ocupação Quilombo das Guerreiras, 2007. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional (IPPUR), Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CASTRO, Janete Lima de; VILAR, Rosana Lúcia A.; FERNANDES, Vicente de Paula. Precarização do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um desafio para a gestão do SUS. In: BARROS, André Falcão do Rêgo; SANTANA, José Paranaguá de; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. (Orgs.) *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. v. 2. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 105-120.

CASTRO, Nádia Araújo de. Qualificação, qualidades e classificações. *Educação & Sociedade*, n. 45, p. 211-224, ago. 1993.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul.-set. 1997.

CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, José Paranaguá de; CASTRO, Janete Lima. (Orgs.) *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde*. Natal: UFRN, 1999.

CONASEMS. Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *SUS*. 2. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

DAVID, H. M. S. L. Do povo de Deus à institucionalização domesticadora: duas décadas de trabalho e educação popular com agentes comunitárias de saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão. (Org.). *A Saúde nas Palavras e nos Gestos*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 217-235.

DRUCK, Graça; BORGES, Ângela.

- Terceirização: balanço de uma década. *Caderno CRH*, n. 37, p. 11-139, jul.-dez. 2002.
- FAGNANI, Eduardo. *Política Social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*, 2005. Tese de Doutorado, Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas.
- FIORI, José Luís. *Para Ler a Vitória de Lula. Análises de Conjuntura*. 3. ed. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 2002. Disponível em: <www.fundaj.gov.br/observanordeste/obed003c.html>. Acesso em: 3 ago. 2006.
- FONSECA, Angélica Ferreira; MACHADO, Felipe Rangel de Souza; BARRETO, Carlos Maurício Guimarães. Avaliação do trabalho educativo do agente comunitário de saúde: desafios para o setor saúde. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes; MATTOS, Ruben de Araújo. (Orgs.) *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj, Abrasco, 2008. p. 255-272.
- FONTES, Virgínia. A sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley. (Orgs.) *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 201-239.
- _____. A democracia retórica: expropriação, convencimento e coerção. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França. (Orgs.) *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 189-226.
- FRIGOTTO, Gaudêncio. (Org.) *Educação e Crise do Trabalho: perspectiva de final de século*. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
- _____. (Org.) *Educação e Trabalho: dilemas na educação do trabalhador*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- _____. Trabalho. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO; ESTAÇÃO DE TRABALHO OBSERVATÓRIO DE TÉCNICOS EM SAÚDE. (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2006. p. 258-162.
- FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria. (Orgs.) *Teoria e Educação no Labirinto do Capital*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002a.
- _____. *Caminhos para a redefinição da política pública para a educação tecnológica e o Sistema Nacional de Formação Profissional e Continuada*. Documento de proposições para a política. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2002b. Mimeo.
- _____. Educação básica no Brasil na década de 90: subordinação ativa e consentida à lógica do mercado. *Educação & Sociedade*, v. 24, n. 82, p. 93-132, 2003.
- _____. *Pensar e Fazer no Campo Educativo: relações de poder e racionalidades em jogo*. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2004. Mimeo.
- FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise. (Orgs.) *Novas e Antigas Faces do Trabalho e da Educação*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- GENTILI, Pablo. Educar para o desemprego: a desintegração da promessa integradora. In: FRIGOTTO, Gaudêncio. (Org.) *Educação e Crise do Trabalho: perspectivas de final do século*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 76-99.
- GRAMSCI, Antonio. *Os Intelectuais e a Organização da Cultura*. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.
- _____. *Cadernos do Cárcere: os intelectuais; o princípio educativo; o jornalismo*. v. 2. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004a.
- _____. *Cadernos do Cárcere: introdução ao estudo da filosofia; a filosofia de Benedetto Croce*. v. 1. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004b.
- IPEA. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*. 2008. Disponível em <www.ipea.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2008.
- KINGDON, John W. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2. ed. Nova York: Harper Collins College Publishers, 1995.
- KORNIS, George Edward Machado; FARIA, Tatiana Wargas. *Da Utopia à Realidade: dilemas e consensos na definição da seguridade social brasileira na constituição de 1988*. Rio de Janeiro: IMS-Uerj, 1997. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 153.

KUENZER, Acácia Zeneida. *Ensino Médio e Profissional: as políticas do Estado neoliberal*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. Desafios teórico-metodológicos da relação trabalho-educação e o papel social da escola. In: FRIGOTTO, Gaudêncio. (Org.) *Educação e Crise do Trabalho: perspectivas de final do século*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 55-75.

LIMA, Jacob Carlos. *Metamorfoses do Trabalho e na Organização dos Trabalhadores*. Análises de Conjuntura. 2. ed. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, maio/jun. 2002. Disponível em: <www.fundaj.gov.br/observanordeste/obed002a.html>. Acesso em: 10 mar. 2008.

_____. Trabalho informal, autogestionário e gênero. *Sociedade e Cultura*, v. 9, n. 2, p. 303-310, jul.-dez. 2006.

LIMA, Julio César França; NEVES, Lucia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela Alejandra. Trabalho simples. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO; ESTAÇÃO DE TRABALHO OBSERVATÓRIO DE TÉCNICOS EM SAÚDE. (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2006. p. 294-298.

MACHADO, Cristiani Vieira. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 20, n. 1, p. 44-49, 2006.

_____. *Direito Universal, Política Nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MACHADO, Lucília Regina de Souza. 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. p. 13-39.

_____. Educação básica, empregabilidade e competência. *Trabalho e Educação*, n. 3, jan.-jul. 1998.

MANFREDI, Silvia Maria. Trabalho, qualificação e competência profissional: das dimensões conceituais e políticas. *Educação & Sociedade*, n. 64, p. 13-47, set. 1998.

MARX, Karl. *Manuscritos Econômicos e Filosóficos e Outros Textos Escolhidos*. São Paulo: Abril Cultural, 1978. Os Pensadores.

_____. *Crítica da Filosofia do Direito de Hegel*. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. O incentivo ao PSF e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

_____. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araujo. (Orgs.) *Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Cepesc/Abrasco, 2007. p. 369-383.

MERHY, Emerson Elias. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOROSINI, Márcia Valéria. *O Agente Comunitário de Saúde no Marco da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: desafio à formação em saúde*. Relatório Final apresentado ao Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico (Paetec) da EPSJV/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2001.

MOROSINI, Márcia Valéria et al. *Material didático para os docentes do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: melhoria da qualidade na atenção básica*. Relatório Final apresentado ao Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP-SUS) da EPSJV/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2006.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Ándrea; GUIMARÃES, Cátia C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. As reformas da educação escolar brasileira e a formação de um intelectual urbano de novo tipo. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 27, 2004, Caxambu. *Programas e resumos*, 2004.

NESCON/FM/UFMG. *Sinais de Mercado de Trabalho em Saúde*. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Observatório de RH em Saúde NESCON/UFMG. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/epsm/interna.php?c=sinais>>. Acesso em: 10 fev. 2009.

- NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle R. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – o Agente Comunitário de Saúde*. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. Texto para discussão, n. 735.
- OFFE, Claus. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempos Brasileiros, 1984.
- PAULANI, Leda Maria. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, Júlio César França. (Org.) *Fundamentos da Educação Escolar no Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 67-107.
- PELIANO, Ana Maria T. Medeiros; RESENDE, Luis Fernando de Lara; BEGHIN, Nathalie. O Comunidade Solidária: uma estratégia de combate à fome e à pobreza. *Planejamento de Políticas Públicas*, n. 12, p. 19-37, 1995.
- PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- RAMOS, Marise Nogueira. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação*. São Paulo: Cortez, 2001.
- _____. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 1, n. 1, p. 93-114, 2007.
- _____. O público e o privado na educação profissional: as políticas do MEC. In: ADRIÃO, Theresa; PERONI, Vera. (Orgs.) *O Público e o Privado na Educação: interfaces entre Estado e sociedade*. São Paulo: Xamã, 2005. p. 31-56.
- _____. Conceitos básicos sobre trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. (Orgs.) *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2007. p. 27-56.
- RAMOS, Teresa. Entrevista. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 5, n. 2, p. 329-337, 2003.
- _____. Entrevista a Márcia Valéria Morosini. Projeto de pesquisa Políticas de Trabalho em Saúde e a Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde, da Rede do Observatório de Técnicos em Saúde, Estação de Trabalho da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br>>. Acesso em: 10 set. 2008.
- SALLUM JR., Brasílio. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: _____. (Org.) *Brasil e Argentina Hoje: política e economia*. Bauru: Edusc, 2004. p. 47-77.
- SANTOS, Aparecida de Fátima Tiradentes. *Desigualdade Social & Dualidade Escolar: conhecimento e poder em Paulo Freire e Gramsci*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- _____. Política, trabalho e conhecimento no "novo" ensino médio. *Trabalho Necessário*, v. 5, p. 1-65, 2007.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. A reinvenção solidária e participativa do Estado. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOCIEDADE E A REFORMA DO ESTADO, 1998, Brasília. *Anais...* Brasília: MARE, 1998. Disponível em: <http://www.reformapolitica.org.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8&Itemid=56>. Acesso em: 1 set. 2008.
- SCHWARTZ, Yves. De la "qualification" à la "compétence". *Education Permanente*, n. 123, p. 125-138, 1995.
- VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. *Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família; informe final*. Série Estudos em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 1998.
- TARTUCE, Gisele Lobo Baptista Pereira. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. *Educação & Sociedade*, v. 25, n. 87, p. 353-382, maio-ago. 2004.
- VIEIRA, Mônica. A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. (Org.) *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 99-116.
- _____. As políticas de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde e o agente comunitário de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. (Orgs.) *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2007. p. 139-153.

