



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

Dissertação de Mestrado

A POLÍTICA DE FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: MEMÓRIA DE UMA FORMULAÇÃO EM DISPUTA NOS ANOS 2003-2005

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

Orientador: Ruben de Araujo Mattos

Área de Concentração:

Política, Planejamento e Administração em Saúde

2009

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

**A Política de Formação dos Agentes Comunitários de Saúde: memória de uma
formulação em disputa nos anos 2003-2005.**



**Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre, ao
Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva, do Instituto de Medicina Social da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.**

Orientador: Prof. Dr. Ruben de Araujo Mattos

**Rio de Janeiro
2009**

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

M869 Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso.

A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma
formulação em disputa nos anos 2003-2005/ Márcia Valéria Guimarães Cardoso
Morosini. – 2009.

222f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de
Medicina Social.

1. Políticas de saúde – Brasil – Teses. 2. Formulação de políticas – Teses. 3. Programas de saúde – Teses. 4.
Formação profissional – Teses. 5. Recursos humanos na saúde pública – Teses. I. Mattos, Ruben
Araújo de, 1957-. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.
III. Título.

CDU 614.2(81)

Autorizo para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Rio de Janeiro, 09 de março de 2009.

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

**A POLÍTICA DE FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:
MEMÓRIA DE UMA FORMULAÇÃO EM DISPUTA NOS ANOS 2003-2005.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2009.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Ruben de Araújo Mattos (orientador)
Instituto de Medicina Social daUERJ

Prof. Dr. Kenneth Rochel Camargo Jr.
Instituto de Medicina Social daUERJ

Prof. Dr^a. Isabel Brasil Pereira
Faculdade de Educação da Baixada Fluminense da UERJ

Prof. Dr^a. Tatiana Vargas de Faria Baptista
Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz

DEDICATÓRIA

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

AGRADECIMENTOS

Aos meus companheiros da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz, especialmente, aos colegas do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde, cujo apoio e confiança possibilitaram que eu me dividisse melhor entre o trabalho e o estudo.

Ao André Malhão, que ao me indicar para representar a Escola Politécnica junto ao DEGES/SGTES/MS, no processo de formulação da política de formação dos ACS, possibilitou que eu encontrasse o objeto deste estudo.

Aos professores do Instituto de Medicina Social, pela formação proporcionada, e a todos os funcionários da Secretaria Acadêmica, da Biblioteca, do Laboratório de Informática, pelo apoio e pela paciência constantes.

Ao professor Ruben Mattos que sempre acreditou que o mestrado me faria bem e me apoiou e incentivou em todos os momentos do processo de construção deste estudo, oferecendo uma orientação generosa e compreensiva com as nossas diferenças.

Ao professor Kenneth R. de Camargo Jr., leitor deste trabalho, pela disponibilidade e atenção e pelas sugestões feitas.

Aos colegas da turma do mestrado por formarmos uma turma companheira e afetuosa que tornou os tempos em sala de aula mais prazerosos.

À Luciana Figueiredo e Virgínia Ricardo, pela generosa colaboração com a tradução do título e do Resumo desta dissertação.

À Tereza Ramos, Maria Luiza Jaeger, Ricardo Ceccim, Simone Machado e Afra Suassuna, entrevistados para esta dissertação, que com seus relatos intensos e generosos, ajudaram-me a recompor a memória cognitiva e afetiva do processo de formulação da política de formação dos ACS. Eles me possibilitaram compreender a importância dos atores no processo de formulação da política.

À Dulce que, em pouco tempo, tornou-se uma amiga querida, com quem partilhei estudos, textos, livros e as aflições da vida de mãe-mulher-trabalhadora.

A Tati, minha amiga querida, que esteve sempre disponível para ler e reler o meu trabalho e que me ofereceu valiosas contribuições.

À Adriana Aguiar, pelo incentivo e pela disponibilidade em participar da banca como suplente.

À Virgínia Fontes, pela crítica instigante e pelas leituras sugeridas.

A Marise Ramos, pelos textos sugeridos, pelos livros emprestados e por ter tanta paciência com as minhas dúvidas e inquietações. Você me ensinou muito.

Às companheiras da pesquisa “Políticas de Trabalho em Saúde e a Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: “dinâmica e determinantes”, Mônica, Márcia, Valéria, Julia, Violeta e Alda, com quem tem sido muito bom estudar e pesquisar. Nossas trocas fazem parte desta dissertação.

Aos companheiros do projeto “Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: melhoria da qualidade na atenção básica – Fase incorporação tecnológica”, especialmente, ao Tarcisio e a Grasielle, sem cuja dedicação o projeto não teria resistido ao meu mestrado.

Aos companheiros, Felipe, Vera Joana e Camila, pela cumplicidade e pelo apoio constantes.

À Luciana que tem sempre alguma ajuda a oferecer e uma palavra de incentivo para dar.

À Gláucia que torceu por mim e acreditou que ia “dar tudo certo”.

Ao Carlos Maurício, que faz o nosso dia de trabalho mais interessante, pela torcida e pela amizade.

À Ana Lúcia, florzinha, companheira e amiga, por sempre acreditar em mim.

À Carla, meio amiga, meio sócia, por me ofertar a idéia da memória e por sempre achar que eu dava conta disso.

Ao Gustavo, amigo querido, que me incentivou e me apoiou para enfrentar o desafio que o mestrado representava para mim.

À Angélica, minha amiga de todas as horas, que esteve ao meu lado quando eu mais precisei. É muito importante contar com você na minha vida.

À Isabel, minha preferida, sábia e generosa, que me ensina todo dia um pouco sobre educação e transformação.

À minha amiga Lílian, que me ajudou em vários momentos, seja com o seu carinho, ajudando-me com as crianças, ou compreendendo as confusões que uma amiga mestranda pode gerar.

À Tânia, que ao cuidar da minha casa e dos meus filhos, permite que eu trabalhe e estude com mais tranquilidade.

À minha querida família gaúcha que acolheu com afeto e generosidade esta carioca pouco típica, especialmente, aos meus sobrinhos, Leonardo, Luize e Lorenzo, que me fazem sentir tanta saudade.

Aos meus irmãos, Marco Antonio e Maria Goretti, aos meus sobrinhos queridos, Maria e Gabriel, e à minha cunhada, Juliana, porque é muito bom ter uma família a quem se ama.

A meus amados pais, que ao fazerem a opção pela educação como o legado que construiriam para mim e para o meu irmão, ofereceram-nos a base das nossas vidas. Eles sempre me apoiaram e continuam a fazê-lo, cuidando da filha que nunca deixa de estudar, e dos netos que fazem tudo começar de novo.

Ao Leandro, amor da minha vida, pelo incentivo e apoio em todos os momentos, mas, acima de tudo, por partilhar a vida comigo e me fazer feliz. (Há um menino, há um moleque morando sempre no meu coração. Toda vez que o adulto balança, ele vem pra me dar à mão. E me fala de coisas bonitas que eu acredito que não deixarão de existir. Amizade, palavra, respeito, caráter, bondade, alegria e amor...).

Aos meus filhos amados, Daniel e Clara, que, em sua pouca idade, souberam ser generosos com a mãe que precisa e gosta de trabalhar e estudar, e compreenderam que o que é difícil pode também ser bom. Vocês transbordam a minha vida de alegria!

EPÍGRAFE

*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

RESUMO

Este estudo trata da formulação da política de formação do agente comunitário de saúde (ACS), buscando compreender as disputas que então se travaram, a partir dos processos políticos relativos à gestão da educação e do trabalho do ACS, implementados no período compreendido entre o início de 2003 e meados de 2005. Para tal fim, foram analisados os documentos debatidos nessa formulação, no intervalo de tempo compreendido entre março de 2003 e julho de 2004, o qual se revelou um período intenso de produção conceitual em torno dessa política. Nos documentos analisados, revelaram-se posições acerca do perfil social do ACS e do trabalho que este deve realizar, articuladas a concepções de ensino e formação em saúde, que disputaram o conteúdo e a forma que a política de formação desses trabalhadores deveria assumir. Tais disputas guardam relação também com o modo como esta função se instituiu no SUS e as contradições geradas desde então; ao mesmo tempo, as posições conflitantes apontam para distintos projetos de saúde, educação e trabalho. Esse processo resultou na publicação do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, que consolidou a proposta de formação técnica, mas cuja implementação não tem se dado integralmente, configurando a prevalência de uma qualificação inicial, conforme determina a legislação que orienta o exercício da profissão de ACS. Entretanto, a dissertação indica que o processo não se esgotou, sendo a atual política de formação dos ACS objeto de disputas e demandas, tanto pela sua conservação, quanto pela sua transformação.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde; saúde da família; políticas de saúde; política de educação profissional em saúde; atenção básica.

ABSTRACT

This study focuses on the community health agent (from now on, CHA) education policy formulation, aimed at understanding the disputes that occurred within the political processes relative to CHA's education and work management, implemented in the period between the beginning of 2003 and the middle of 2005. To that end, the documents debated in this formulation were analyzed in the time frame between March 2003 and July 2004, which revealed to be an intense conceptual production period about this policy. In the documents analyzed, positions about the CHA's social profile and the work that he/she has to do turned out to be articulated to teaching and health training conceptions, which disputed both the content and the format that the formation policy of these workers should assume. Such debates also bear relation to the way this function has been instituted in SUS (Brazilian Public Health System) and the contradictions generated ever since; at the same time, the conflicting positions point out to distinct health, education and work projects. This process resulted in the publication of the Curricular Referential for the Community Health Agent Technician Course, which consolidated the technical education proposal, but whose implementation has not been complete, figuring the prevalence of an initial qualification, as determined by the legislation on CHA profession. However, the dissertation indicates that the subject has not been exhausted, as the current CHA education policy is an object of dispute and demand for its conservation as well as for its transformation.

Keywords: Community Health Agent; Family Health; Health Policies; Health Technicians Education Policy; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Percentual de equipes de saúde da família segundo o tipo de vínculo dos agentes comunitários de saúde no Brasil, no período 2001-2002.....	92
Quadro 1 – Etapas Formativas, âmbitos de atuação e competências dos ACS.....	121
Quadro 1 do Apêndice - Textos acadêmicos que contribuem mais diretamente para o objeto em investigação, classificados segundo o assunto principal de interesse à pesquisa em tela.....	207
Quadro 2 do Apêndice - Textos acadêmicos afins, não diretamente relacionados ao objeto da pesquisa, mas que ajudam a construir a percepção sobre o ACS, o trabalho que este realiza e sobre as questões relativas à sua identidade profissional, classificados segundo o assunto principal.....	209
Quadro 3 do Apêndice - Documentos Oficiais relativos ao tema em estudo com respectivos resumos e observações.....	211
Quadro 4 do Apêndice – Documentos Formulados ou Apresentados à Discussão durante o Processo de Formulação da Política de Formação dos ACS (março de 2003 a final de 2004).....	214
Quadro 5 do Apêndice - Documentos Evocados (Citados) pelos Documentos do Quadro 4 e que Influenciaram o Processo em Estudo.....	219
Quadro 6 do Apêndice – Competências Profissionais dos ACS nos Documentos do Processo de Formulação da Política de Formação dos ACS.....	220

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde.

CEB – Câmara de Educação Básica.

CGDRH/SUS - Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS.

CIT – Comissão Intergestores Tripartite.

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho.

CNE – Conselho Nacional de Educação.

COAB - Coordenação de Atenção Básica.

CODIN - Coordenadoria da Defesa dos Interesses Individuais Homogêneos, Coletivos e Difusos.

CONACS – Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura.

CUT – Central Única dos Trbalhadores.

DAB – Departamento de Atenção Básica.

DEGERTS – Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho na Saúde.

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

FAPERJ – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.

FNS – Fundo Nacional de Saúde.

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde.

IMS – Instituto de Medicina Social.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação.

MEC – Ministério da Educação.

MOPS – Movimento Popular de Saúde.

MPT – Ministério Público do Trabalho.

MS – Ministério da Saúde.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde.

NOB – Norma Operacional Básica.

ONG – Organização Não-Governamental.

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde.

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

PAB – Piso da Atenção Básica.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PAETEC – Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico.

PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários.

PDTSP – Programa de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde Pública.

PEC – Proposta de emenda Constitucional.

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro.

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família.

PROFAE – Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.

PROFORMAR - Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância à Saúde.

PSF – Programa de Saúde da Família.

PT – Partido dos Trabalhadores.

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.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
1 - LOCALIZANDO O PROBLEMA: AS QUESTÕES DOS ACS EM RELAÇÃO À POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA.....	21
2 - TRABALHO PRECARIZADO E FORMAÇÃO ALIGEIRADA – QUESTÕES DA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DO ACS NA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	28
3 – CONFIGURANDO UMA NOVA CONJUNTURA.....	35
3.1 - A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES.....	39
3.2 – O papel do Ministério Público do Trabalho e da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde na promoção da ação política.....	43
4 - NOÇÕES E CONCEITOS QUE ORIENTARAM ESSE ESTUDO E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OBJETIVOS E MÉTODO.....	49
4.1 – Perspectiva teórico-conceitual.....	49
4.2 – Redesenhando os objetivos da pesquisa.....	54
4.3 - Passos metodológicos.....	54
5 - DOCUMENTANDO A POLÍTICA.....	58
5.1 - Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Re-qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde - um documento a priori.....	59
5.1.1 - <u>O documento no contexto da saúde.....</u>	61
5.1.2 – <u>Sobre o contexto da educação.....</u>	65
5.1.3 - <u>A educação na saúde – o caso dos ACS.....</u>	71
5.2 - Primeiras aproximações: legado da gestão anterior e exigências da lei 10507 de julho de 2002.....	77
5.2.1 - <u>A primeira proposta de formação da conjuntura estudada – um introdutório ampliado.....</u>	79
5.3 - Os primeiros documentos de um itinerário de educação profissional – delineando novos processos e concepções de formulação de políticas.....	87
5.3.1 - <u>Os ACS num grupo ampliado de trabalhadores - uma idéia interessante que não vingou.....</u>	96
5.4 - Documentos, reuniões e oficinas - construindo a política e ampliando a formação dos ACS.....	101

5.4.1 – A política de formação dos ACS como parte de uma política de governo para os trabalhadores – a perspectiva do direito e da cidadania.....	109
5.4.2 - A consulta pública sobre o Perfil de Competências Profissionais dos ACS – ampliando (?) a participação no processo de formulação da política.....	112
5.4.3 - Versões de um mesmo tema – o perfil de competências profissionais dos ACS.....	114
5.5 - O Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: forma final da política de formação dos ACS?.....	117
6 – QUESTÕES PARA ANÁLISE OU RECOLOCANDO-ME NO DEBATE.....	130
6.1 – Considerações sobre o ensino em serviço ou a relação teoria e prática.....	131
6.2 - Sobre as promessas contidas no modelo de competências.....	134
6.3 - O trabalho dos ACS como um trabalho simples?.....	139
7 - SOBRE O PERFIL SOCIAL SUI GENERIS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	146
7.1 - Sobre a vinculação institucional do texto e os seus autores.....	150
7.2 – O texto em linhas gerais.....	153
7.3 - O perfil social sui generis do ACS – problematizações.....	157
7.4 – O ACS como política social – duas interpretações e uma posição.....	162
7.5 - Algumas conclusões e seus desdobramentos ético-políticos.....	170
7.6 – A solidariedade em questão.....	173
7.7 – Sobre a autonomia ou quando o lugar do entre se transforma em exclusão.....	176
7.8 – As modalidades de vinculação analisadas – conclusão antecipada.....	179
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	185
REFERÊNCIAS.....	191
APÊNDICE.....	206

INTRODUÇÃO

Desde 1999, o meu interesse principal de estudo e investigação como professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV)¹ da Fiocruz tem se concentrado nos agentes comunitários de saúde (ACS). 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 Comunitários de Saúde (PACS) da Mangueira, e estabelecer relações com as propostas e as condições iniciais de trabalho desses profissionais.²

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 saúde.

Tais pesquisas revelaram-me um trabalhador a quem se atribui um papel fundamental na política de reorganização da atenção à saúde no país, implementada a partir da Estratégia Saúde da Família. Notadamente, trata-se de uma categoria profissional recentemente instituída (em 2002), mas com largo percurso de existência como função ou ocupação, no

¹ A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio é uma unidade de ensino, pesquisa e cooperação da Fiocruz/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. Tem posição estratégica pelo papel que desempenha como Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde e, até 2008, foi sede da Secretaria Técnica da Rede de Escolas Técnicas do SUS.

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 se acumularam situações de vínculos precários, salários baixos e qualificação simplificada pautada pela instrumentalização do trabalho do ACS.

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 Sistema Único de Saúde (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 ACS tem se caracterizado pela precariedade e diversidade, uma vez que, para a função de ACS, desde o 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.

Por outro lado, 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, ganharam maior visibilidade quando a lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, criou a profissão do ACS e estabeleceu novos critérios de escolaridade (ensino fundamental) e de qualificação (curso de qualificação básica)³ (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 10.507 deve ser considerada uma vitória importante, mesmo que parcial, do movimento organizado dos ACS que se fez representar,

³ Voltaremos a isso na página 18 deste texto.

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 10.507 foi resultado de muitas discussões, entendem que esta lei representou também uma forma de não se enfrentar o que seria “a verdadeira polêmica” objeto dos debates à época, isto é, a questão da vinculação institucional dos ACS. 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 diz respeito à interação das instituições para a gestão do trabalho do ACS (por exemplo, convênio da Secretaria de Saúde com uma associação de moradores).

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.

Essas contradições tornaram-se pauta particularmente da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, criada em 2003, no início do governo Lula e da gestão Humberto Costa no referido Ministério. As questões relativas à precariedade do trabalho e da formação dos ACS repercutiram, então, em ações dos dois departamentos que passaram a integrar a SGTES – o Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho na Saúde (DEGERTS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) – este último especialmente mobilizado na sua Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde.

Portanto, pode-se dizer que, com a criação da SGTES, as questões da precariedade da formação, bem como da precariedade dos vínculos dos ACS passaram a se expressar na agenda do Ministério da Saúde de maneira central.

No presente estudo, compreende-se agenda como o conjunto de problemas tomados a sério pelo governo e que podem tornar-se política (KINGDON, 1995; WALT, 1996). As políticas públicas seriam, então, tentativas de o Estado regular problemas públicos, noção esta que

deve ser compreendida no âmbito das disputas, uma vez que aquilo que é reconhecido como problema público, ou seja, o que é tomado como objeto da ação do Estado, encontra-se em permanente disputa (MATTOS, 1999).

No âmbito da gestão do trabalho dos ACS, tiveram destaque ações conduzidas pelo MPT e pelo poder legislativo. O MPT instituiu o Procedimento Investigatório nº 160/2003 (BRASIL, 2003a), visando à regularização da contratação dos ACS e, utilizando-se de notificação recomendatória, ameaçou impedir o repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os municípios, caso não se regularizasse a situação relativa à seleção e à vinculação dos ACS. Além disso, foi firmado o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TAC)⁴ nº 72/2004, em 04 de agosto de 2004, no qual o Ministério da Saúde comprometeu-se a apresentar ao MPT proposta contendo a solução para a regularização dos vínculos empregatícios dos ACS, já negociada com os demais entes federativos. (BRASIL, 2004b).

O poder legislativo, por sua vez, propôs e aprovou a Emenda Constitucional nº 51 de 14 de fevereiro de 2006 (antiga Proposta de Emenda Constitucional – PEC – nº 07/03), que tornou possível a admissão dos ACS por meio de processo seletivo público. Essa emenda foi regulamentada pela Medida Provisória nº 297 de 9 de junho de 2006, que revogou a Lei 10.507 de 10 de julho de 2002, passando a ser a legislação de referência para o exercício das atividades do ACS, até outubro de 2006, quando a referida Medida Provisória foi substituída pela Lei 11350. (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007).

Quanto à formação profissional dos ACS, o DEGES teve um papel fundamental. As principais iniciativas foram a consulta pública para a definição do perfil de competências do ACS; a construção do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, publicado em 2004, que lançou as bases nacionais para a realização da qualificação técnica dos ACS; e o financiamento do Módulo I dessa formação. Tive a oportunidade de participar desse processo, desde 2003, representando a EPSJV, com a responsabilidade de assessorar a equipe técnica do MS que produziu o Referencial, bem como fui representante da EPSJV nos vários fóruns promovidos pelo DEGES para o debate e a articulação política em torno da formação dos ACS, reunindo gestores, trabalhadores e escolas técnicas do SUS.

A partir dessas experiências e estudos preliminares, comecei a reconhecer como problema para investigação e análise os 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

⁴ 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.

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

Inicialmente, pretendi investigar as estratégias utilizadas para deflagrar e gerir os processos de discussão e negociação, identificar as instituições e sujeitos envolvidos, e analisar as suas posições e argumentações em relação às questões produzidas. Assim, o caminho que delineei para a pesquisa, até o início do trabalho de campo, incluía reconhecer os posicionamentos que poderiam ser destacados nos documentos formulados à época sobre a função e a formação dos ACS e os posicionamentos expressos nos discursos dos atores atuantes nos fóruns instituídos pela SGTES, especialmente pelo DEGES.

Entretanto, a quantidade e a qualidade do material documental do processo de formulação da política de formação do ACS, por mim coletado, identificado e sistematizado, permitiram-me a construção de um dossiê de informações e dados que mereciam um tratamento mais central no processo de pesquisa. Por outro lado, as entrevistas que comecei a realizar com os atores participantes nesse mesmo processo ofereceram-me um outro material tão rico e denso que mostrou merecer desdobramentos que são incompatíveis com o tempo para o preparo e o espaço desta dissertação.⁵

Portanto, tive que optar por realizar um ou outro estudo, uma vez que a análise dos documentos e a análise das entrevistas com os autores do processo de formulação da política configuravam um projeto maior do que as dimensões de um processo de mestrado me permitiam desenvolver. Assim, optei pela análise dos documentos por entender que este pode ser uma etapa inicial de um estudo mais abrangente sobre o processo de formulação da política de formação dos ACS que incluía, a seguir, a análise do material das entrevistas.⁶

⁵ Apresentei o projeto de mestrado ao Comitê de Ética do IMS/UERJ com a programação e o roteiro das entrevistas e cheguei a realizar cinco das oito entrevistas previstas. Foram entrevistados: Tereza Ramos, presidente atual da CONACS, 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). Estes últimos foram gestores no período estudado. Não foram entrevistados Jorge Solla, Secretário da SAS, o representante do CONASS e o representante do CONASEMS.

⁶ Nesse sentido, já se encontra em desenvolvimento a pesquisa “Políticas de Trabalho em Saúde e a Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: dinâmica e determinantes” desenvolvida no âmbito da EPSJV/Fiocruz, sob a coordenação do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde e que faz parte das atividades da Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde. Eu integro o grupo dessa pesquisa que viabilizou a realização das entrevistas, cujos roteiros foram desenvolvidos para atender tanto às finalidades do então projeto dessa dissertação, quanto aos objetivos da referida pesquisa.

Cabe advertir que, mesmo não tendo concluído a análise das entrevistas realizadas, algumas informações nelas obtidas foram utilizadas nessa dissertação, estando assim indicadas no texto.

Deste modo, reconstruí o projeto no sentido de compreender as principais questões e disputas atinentes ao processo de formulação da política de formação dos ACS que se pode apreender da análise dos documentos discutidos e debatidos nesse processo, acompanhada da análise dos registros que foram produzidos por mim, à época, como participante dessas discussões, representando a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz.

Antes de passar ao trabalho propriamente dito, cabe ainda uma breve análise de implicações desta professora-pesquisadora que espera apresentar contribuições para o processo coletivo de fortalecimento de um projeto de sociedade e de saúde no 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 Sistema Único de Saúde. Da mesma forma, espero que as reflexões contidas nessa dissertação possam contribuir na luta desses trabalhadores por melhores condições de trabalho e educação e no 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.

1 - Localizando o problema: as questões dos ACS em relação à política de atenção básica.

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 1886 (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) 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”. (Brasil, 2006a, p. 10).

Compreender a saúde da família enquanto estratégia significa, assim, compreendê-la como o vetor que promove a organização da atenção básica segundo os princípios mencionados, por meio de mecanismos indutivos, especialmente, financeiros, que dirigiram a adoção desse modelo por parte dos municípios brasileiros⁷.

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 definida⁸, 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 bucal⁹.

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 de 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 30 agentes comunitários de saúde¹⁰. Nesse sentido, o PACS é pensado como parte de uma estratégia de organização da atenção, entretanto, deve-se chamar a atenção para o fato de que o incentivo do PACS foi utilizado

⁷ 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, a Saúde da Família, o agente comunitário de saúde e a Saúde Bucal (organizadas segundo a lógica da Saúde da Família).

⁸ Cada equipe de saúde da família é responsável por uma área geográfica definida, abrangendo de 600 a 1.000 famílias cadastradas, ou, no máximo, 4.000 habitantes.

⁹ Em 3 de março de 2008, o Ministério da Saúde publicou a portaria 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 funcionamento.

¹⁰ No PACS, cada ACS é responsável por um contingente que pode variar de 100 a 250 famílias ou a, no máximo, 750 pessoas na sua área de atuação.

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.

Busquei, 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 90 e 2000 estão relacionados a essas políticas e que conseqüências 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 contra-reformas de caráter liberal e conservador, quando descreve o contexto desfavorável à cidadania recém-conquistada com a Constituição de 1988. As reformas, por outro lado, 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 contra-reforma que, no campo social, significou o processo de desmontagem dos direitos assegurados pela Constituição de 1988. Segundo Fagnani (2005):

“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”. (Fagnani, 2005, p: 570).

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 colocaram para o presente estudo: 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 em tela nos revelou 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, um conflito formado também 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, isto significou implantar a estratégia saúde da família prioritariamente em áreas populares conhecidas como favelas, onde a situação de desproteção social, 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 90 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), 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”. (LIMA, 2002, p. 3) .

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, assim, respeito 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 este realiza, tangenciado pela compreensão do que seja trabalho em saúde e educação em saúde.

O presente trabalho ocupou-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 90, entre elas, o PSF. A autora adverte que essas políticas têm em comum:

“[...] a sua expansão em um contexto político-econômico desfavorável 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 correr 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 Pólos 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 90. 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 vínculo trabalhistas estáveis (estatutários ou celetistas), particularmente no que tange aos agentes comunitários de saúde”. (MACHADO C., 2007, p. 239).

No próximo capítulo, 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.

2 - 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 à Machado C. (2007) 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”. (MACHADO C., 2007, p. 240).

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.

Compreende-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 em controvérsias administrativas e em conseqüências perversas para os trabalhadores. É o caso das contratações dos trabalhadores terceirizados na saúde da família e, especificamente, dos ACS (CHERCHIGLIA, 1999).¹¹

¹¹ 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

Há que se notar, porém, que as condições em que se dá a precarização diferencia-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 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 vinculados 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

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, 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.

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 pólo extremo à situação dos médicos, compondo a mesma equipe mínima e, supostamente, exercendo a mesma carga horária (40h) dos demais trabalhadores da Saúde da Família, encontram-se os ACS, cuja grande maioria percebia, então, (e até hoje percebe) 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 211.000 agentes comunitários de saúde no presente. (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 17 anos de atuação desses agentes, 12 dos quais como um dos elementos centrais da principal política de reorganização da atenção à saúde no Brasil¹².

Destaca-se, entretanto, que onze 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 no que diz respeito à formação profissional, mas exige muito em relação à disponibilidade e aos atributos ético-políticos para o desempenho do seu trabalho.

¹² 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.

Na Portaria 1886 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 família, no caso do PSF. Prevaleceu, assim, uma situação de capacitação¹³ em serviço, em condições as mais variadas, a depender da disposição, disponibilidade e da 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 trabalhadores 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), 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

¹³ 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.

trabalho e às relações sociais nas quais a qualificação se insere¹⁴, podemos compreender três aspectos problemáticos da qualificação dos ACS.

Primeiro, 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 remuneração¹⁵, 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 na necessidade de se aproximar a escola da realidade do serviço. Porém, conforme sinalizam Morosini, Corbo e Guimarães (2007), quando a qualificação se limita à 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 estudo de Bornstein (2007) demonstra. 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, dado 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 Pólos de Capacitação em Saúde da Família foram importantes formuladores e executores desses processos, em parceria com universidades e institutos de pós-graduação.

¹⁴ Voltarei às dimensões da qualificação apresentadas por Schwartz (1995) na pág. 53 desta dissertação.

¹⁵ 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 R\$ 476,96, no ano de 2006. (NESCON/FM/UFGM, 2009).

Mesmo o Treinamento Introdutório oferecido aos trabalhadores que ingressavam nas equipes de saúde da família deu-se também de forma variada, tanto quanto 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 aparentemente, existiam 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 então 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 sócio-cultural 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 ACS?¹⁶

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 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 básica¹⁷, com conteúdo definido pelo MS.

¹⁶ Conforme previsto no Decreto 3189 que fixou as diretrizes para a atividade de ACS (BRASIL, 1999a).

¹⁷ A partir do decreto nº 5.154, promulgado em 2004, a educação básica passa a se chamar educação inicial (BRASIL, 2004c).

Essa lei ajudou a promover a necessidade de ação política dos gestores no âmbito do Ministério da Saúde, visando 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. Ao mesmo tempo, as ações do MPT e do movimento organizado dos ACS promoveram ações que ampliaram ainda mais o contexto desse debate que incluía tanto questões relativas à gestão da educação quanto do trabalho do ACS.

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

3 – CONFIGURANDO UMA NOVA CONJUNTURA.

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 tona 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 – da Saúde e da Educação - 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 idéias liberais desenvolvimentistas. Quanto ao Partido dos Trabalhadores (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 nessas duas áreas, 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 Partido dos Trabalhadores atuou inúmeras vezes como um porta-voz, aglutinando e articulando forças políticas.

Fiori (2002), 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 europeus*”¹⁸” (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 às práticas e ao 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.

No campo dos Recursos Humanos em Saúde, dois âmbitos de questões se destacaram e se aproximaram - as áreas do trabalho e da educação na saúde - em 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, estados e no nível federal, de uma Política de

¹⁸ A respeito do Welfare State europeu, Kornis e Faria 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. (KORNIS e FARIA, 1997).

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 trabalho¹⁹, notadamente, nos municípios, é 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 atenção²⁰, uma das bandeiras de luta do Movimento da Reforma Sanitária que antecedeu o SUS, tornou evidente a carência de qualificação dos trabalhadores de 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, humanizado, o protagonismo do usuário e a construção de novas bases na relação entre os serviços e a população; os profissionais de 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.

Por outro lado, 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 que ser recrutados e contratados, conformando um outro eixo de necessidades de qualificação dos trabalhadores no SUS. Novas questões somaram-se às antigas questões dos RH em Saúde.

São questões ainda pendentes os baixos salários e os salários desiguais - situação particularmente importante em unidades municipalizadas do SUS que reuniram trabalhadores de vínculos diferenciados, com condições de salários, carga horária e benefícios bastante

¹⁹ Tendência contrária observa-se na instância federal que buscou reduzir o quadro de servidores, inclusive com incentivos para a demissão voluntária.

²⁰ Note-se que a questão do modelo de atenção foi preterida na agenda ministerial até meados dos anos 90, só ganhando centralidade nos anos 2.000. Este fato pode ser interpretado à luz do processo de implementação do SUS num contexto condicionado pela Reforma do Estado, no qual se priorizou aspectos da gestão, principalmente, a descentralização, produzindo uma dissociação entre a discussão de modelo e a discussão de gestão, presente até hoje.

desiguais –, assim como, a inexistência ou a inadequação dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) em relação à 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), é destacada 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 um 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 90 e os constrangimentos impostos à gestão pública pelo contexto de restrição fiscal, no qual se destaca a Lei de Responsabilidade Fiscal²¹ (BRASIL, 2003b). O processo de precarização dos vínculos de trabalho 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 macro-econômica 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

²¹ Ficou conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal a Lei Complementar nº 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 nº 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.

estatais; extinguir a proteção ao trabalho; abrir a economia e liberalizar o funcionamento do mercado.

Em relação ao setor saúde, Campos (1997) 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” (CAMPOS, 1997, p. 19).

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 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.

3.1 - A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES.

Em 2003, início do governo Lula, essas questões 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, a partir do que, nas palavras 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 e onde 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 destacam-se 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, 2005 a, 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 decisão.²²

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 comandado por 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 do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores no que se refere à gestão, à regulação e à regulamentação do trabalho, visando à estruturação de uma política efetiva de gestão do trabalho nas três instâncias de governo (BRASIL, 2005b).

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) 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 Humanos*”²³ (VIEIRA, 2005, p. 99). Segundo a autora, o redesenho da instância federal expressa uma perspectiva que aproxima as temáticas que

²² O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) tomou essa decisão, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, sendo esta imediatamente homologada pelo então ministro Humberto Costa.

²³ No desenho da nova estrutura, esta Coordenação passou a ocupar-se de atribuições limitadas ao âmbito do próprio Ministério da Saúde.

compõem as áreas de Recursos Humanos em Saúde, ao mesmo tempo em 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 de 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 foi transferida para a Secretaria de Gestão Participativa e Estratégica do MS em 2005.

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 agentes comunitários de saúde, não só pelas ações da SGTES, mas, como se verá mais adiante, também, pelas ações do Ministério Público do Trabalho e da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde, principal entidade de organização e representação dos ACS em nível nacional, regional e local.

A essa altura, parece estar bem justificado porque a conjuntura selecionada para este estudo principia em 2003, entretanto, ainda é necessário justificar porque 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 mudanças 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 PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro), 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.

Os atores que assumiram a SGTES a partir daí, permanecem até o presente, tornando mais difícil a análise das disputas na formulação da política de formação dos ACS, objeto desta investigação, que, 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.

3.2 – O papel do Ministério Público do Trabalho e da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde na promoção da ação política.

O Ministério Público do Trabalho é um ramo do Ministério Público da União²⁴, 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, 24 Procuradorias Regionais e 100 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.

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 um processo de disputa política e jurídica a partir de 2003, quando instaurou o Procedimento Investigatório nº 160/2003 (BRASIL, 2003a), visando apurar a forma de contratação dos ACS pelos municípios e estados²⁵.

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, requerendo 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 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),

²⁴ 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.

²⁵ No caso do Ceará, os ACS são vinculados à instância estadual.

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 informações obtidas junto à 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 SAS, no tocante às questões relativas aos ACS.

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 nº 72/2004, onde constam, entre outras, a assinatura de Maria Luiza Jaeger, então secretária da SGTES/MS, e de Afra Suassuna, então diretora do DAB/SAS/MS. Neste TAC, datado de 04 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, conforme visto anteriormente. (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, no entender do MPT, então, era 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 regularizar o vínculo desses trabalhadores quanto 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 ambigüidade 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. Isto porque, nos anos 90, 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 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 de 90. 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 a 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 sem concurso público, mesmo por meio de um vínculo que lhe 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 anteriormente.²⁶

²⁶ 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 11350 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.

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 agentes comunitários de saúde, destaca-se a Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde que representou esses trabalhadores junto ao poder executivo e legislativo reivindicando soluções para as questões de vinculação e formação dos ACS.²⁷

Para compreendermos a organização da CONACS, temos o depoimento de Tereza Ramos, agente comunitária de Pernambuco, militante na área da saúde desde a década 70, liderança desde a época do Movimento Popular de Saúde e atual presidente da CONACS, em segundo mandato, e que 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 a Lei 11350.²⁸

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 CONTAG, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura. Hoje, a CONACS está organizada de forma descentralizada e conta com sessenta e dois 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 T., entrevista).

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 nessa dissertação, e que participou de momentos importantes

²⁷ 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.

²⁸ 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 11350 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.

de denúncia e reivindicação por melhores condições de trabalho e formação dos ACS. Era ele quem exercia a presidência da CONACS, quando a Lei 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 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, no âmbito do poder legislativo, projetos de lei tramitavam 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) – mapeados por esta investigação como atores 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).

Assim, 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 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 três 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 ACS e, terceiro, por eu ter podido participar desses encontros o que me permitiu produzir registros que me ajudaram a recompor a memória do processo de formulação da política em tela.

4 - NOÇÕES E CONCEITOS QUE ORIENTARAM ESSE ESTUDO E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OBJETIVOS E MÉTODO.

4.1 – Perspectiva teórico-conceitual.

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 do Estado, outros, na sociedade civil organizada. Neste ponto, cabe explicitar a concepção de Estado com a qual se pretende desenvolver o presente estudo. 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 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 operava-se um processo de socialização da política, Gramsci amplia a esfera do Estado para além do âmbito do Estado em 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 em que Gramsci se apóia para distinguir as duas esferas que compõem as superestruturas. Ainda de acordo com Coutinho:

“[...] 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 e 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 conservação 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 ocidental²⁹, é na sociedade civil que devem começar a serem 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 sócio-culturais que contribuem para produzir a forma de compreender

²⁹ 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.

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 apóia 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 tem se caracterizado 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, trabalho compreendido como:

“[...] uma forma de ação original e especificamente humana, por meio do 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, baseando-se em Schwartz (1995), apresenta três dimensões atribuídas pelo referido autor 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 reconhecimento social das mesmas, 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 e “*como uma dimensão importante na definição de coletivos, vale dizer, na construção de identidades e interesses em grupos sociais específicos*” (CASTRO, 1993).

Localiza-se também entre os que acreditam que, para se compreender os processos educativos que visam ao trabalhador, deve-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 em que produz, reproduz e transforma o mundo e suas relações.

Assumindo uma perspectiva histórica e crítica, a pesquisa desenvolveu-se em concordância com Pereira e Ramos M. (2006) 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” (PEREIRA e RAMOS M., 2006, p. 13).

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.

4.2 – Redesenhando os objetivos da pesquisa.

Como houve uma reformulação dos objetivos da pesquisa em relação ao projeto que foi qualificado nos trâmites do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS/UERJ, em função da necessidade de adequação desses objetivos aos limites de tempo impostos ao processo do mestrado, apresento, a seguir, os objetivos redesenhados que orientaram a investigação desenvolvida.

O objetivo geral da pesquisa de mestrado consistiu em compreender as disputas que se travaram em torno das questões relativas aos agentes comunitários de saúde, 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 2003 e meados de 2005.

Especificamente, buscou-se:

- 1) Identificar e analisar as 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.
- 2) Identificar e analisar tais concepções em relação ao contexto sócio-político de produção dos documentos do processo de formulação da política de formação dos ACS.
- 3) Identificar e analisar 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.

4.3 - Passos metodológicos

A pesquisa qualitativa permite-nos conhecer o homem, a vida política, social e econômica, assumindo os perigos de tal empreitada e transformando-os em objetos de análise, sem medo de *vieses*, pelo contrário, tornando-os conteúdos fundamentais de análise e reflexão, não neutros, sempre implicados e localizados quanto à sua inserção social, seja de quem é responsável pelo projeto de pesquisa, seja de quem participa da pesquisa. Essa forma de conhecer permitiu-me certa tranqüilidade para transformar possíveis contratempos em objetos

de estudo e, principalmente, possibilitou-me tornar investigáveis as várias dimensões do processo político em análise e a minha própria participação neste.

A pesquisa 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.

Esses 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. Eles foram obtidos, principalmente, a partir do acervo pessoal desta pesquisadora 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 da política de formação dos ACS, 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.

Por outro lado, 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. Assim, não posso negar que a minha própria experiência, como participante do processo de formulação da política de formação dos ACS, e as reflexões que desenvolvi, a partir deste lugar, foram matéria fundamental para este estudo.

De certa forma, a análise de documentos que desenvolvi nesta dissertação construiu uma base sobre a qual a análise da participação dos atores na formulação da política poderá ser feita, constituindo-se, assim, numa etapa fundamental e necessária para um próximo patamar de estudo, onde a investigação sobre a memória do conjunto de atores atuantes na formulação da política de formação dos ACS poderá ser o foco.

Cabe notar ainda, quanto aos passos metodológicos, que 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, à compreensão e à 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 idéias ou propostas de políticas, assim como, há textos acadêmicos de investigação e análise dos temas e 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.

A busca pelos documentos de caráter acadêmico foi realizada por meio da revisão bibliográfica³⁰ para a construção do projeto que deu origem ao presente estudo. Contudo, devo lembrar que, 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. No presente estudo, isto se deu com o texto “A Vinculação Institucional de um Trabalhador *suis Generis* – o Agente Comunitário de Saúde” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000).

Assim, no trabalho de análise dos documentos, foi dada especial atenção às referências explícitas ou implícitas, nos documentos oficiais, a textos de caráter acadêmico ou a conteúdos desenvolvidos em textos deste tipo.

Voltando à revisão bibliográfica realizada, procurei identificar 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, das suas condições de vínculo.

É importante também destacar 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, sobre os ACS 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.

³⁰ Um entrave importante à pesquisa bibliográfica foi o fato de a expressão “agente comunitário de saúde” ter deixado de ser descritor na BVS, sendo utilizada a expressão “pessoal de saúde” desde 2007. Isso provocou a necessidade de utilizar outros descritores complementares, para que a busca atingisse documentos posteriores a este ano.

Inicialmente, os documentos oficiais foram resumidos quanto ao assunto de que tratam ou sobre o qual geram normas, diretrizes, pareceres etc. Sobre eles foram feitas observações quanto ao seu papel na política de gestão da educação e do trabalho dos ACS. Outro trabalho preparatório para a análise dos documentos foi o de identificar as relações entre os documentos e registrá-las.

O primeiro tratamento aos textos em estudo quanto ao objeto da pesquisa gerou a produção de três quadros que se encontram no Apêndice desta dissertação:

Quadro 1 do Apêndice - Textos acadêmicos que contribuem mais diretamente para o objeto em investigação, classificados segundo o assunto principal de interesse à pesquisa em tela.

Quadro 2 do Apêndice - Textos acadêmicos afins, não diretamente relacionados ao objeto da pesquisa, mas que ajudam a construir a percepção sobre o ACS, o trabalho que este realiza e sobre as questões relativas à sua identidade profissional, classificados segundo o assunto principal.

Quadro 3 do Apêndice - Documentos Oficiais relativos ao tema em estudo com respectivos resumos e observações.

Mais tarde, a sistematização dos documentos do processo de formulação da política de formação dos ACS deu origem a mais dois quadros, que caracterizam os documentos que compõem o dossiê do processo de formulação da política de formação do ACS. Estes quadros também são apresentados no Apêndice:

Quadro 4 do Apêndice – Documentos formulados ou apresentados à discussão durante o processo de formulação da política de formação do ACS (março de 2003 a final de 2004).

Quadro 5 do Apêndice – Documentos evocados (citados) pelos documentos do Quadro 4 e que influenciaram o processo em estudo.

Deve ser assinalado também que foi realizada pesquisa bibliográfica visando ao estudo de temas necessários à caracterização da conjuntura sobre a qual esse estudo se detém e à compreensão de temas que compõem o campo temático da pesquisa que possibilitaram a contextualização do processo de formulação da política de formação do ACS e das questões nele representadas. É o caso da Educação Profissional em Saúde, da Atenção Básica, da Saúde da Família, dos Recursos Humanos em Saúde, da Reforma do Estado, estudados de maneira a ajudarem a compreender e criticar as questões levantadas pelo processo de análise dos documentos.

5 - DOCUMENTANDO A POLÍTICA

Nesta seção apresentarei 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 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 e 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 desenvolvimentos das análises seguintes. Como já foi indicado, anteriormente, eu pude participar de várias reuniões nas quais as questões acerca da política de formação dos ACS foram discutidas na conjuntura em tela. Ao longo dessas reuniões, organizei um dossiê com os documentos que me foram entregues, dossiê este que se mostrou uma rica fonte para a presente pesquisa.

Para produzir a análise aqui desenvolvida, 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 seguindo 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, conforme apresentado nos Quadros 4 e 5 do Apêndice. O primeiro diz respeito aos documentos formulados e/ou apresentados à discussão durante o processo de formulação da política de formação 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 nesse 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, neles 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, re-significando-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.

5.1 - Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Re-qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde - um documento a priori.

O primeiro documento analisado, “**Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Re-qualificação 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)³¹, subordinada à, então, Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), ambas do Ministério da Saúde³². Também 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 para a nossa pesquisa, 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 esta pesquisa.

A análise deste documento de 1999 mostrou-se particularmente interessante para o estudo da formulação da política de formação dos ACS pelo fato deste apontar, para a conjuntura compreendida entre os anos de 2003 e 2005³³, elementos da conjuntura anterior (década de 90)³⁴, 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.

³¹ 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 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 à 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 à 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.

³² 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.

³³ O período em estudo concentra-se entre março de 2003 e final de 2004, quando se concentraram 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.

³⁴ A conjuntura de 90, 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 90 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 nesta dissertação.

5.1.1 - O documento no contexto da saúde.

O referido documento foi formulado numa conjuntura em que se deu a segunda fase de expansão do Programa Saúde da Família (1998-1999)³⁵, quando este passou a abranger além dos municípios de pequeno e médio porte, também os de grande porte³⁶. 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 1886, 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 Pólos 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/PSF³⁷.
- a realização do primeiro Pacto da Atenção Básica³⁸, também em 1998, quando os gestores das três instâncias passaram a pactuar a gestão da 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;

³⁵ 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.

³⁶ Logo em seguida, a partir do ano 2000, dá-se o estímulo à expansão do PSF nos grandes centros urbanos.

³⁷ 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.

³⁸ 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).

- a publicação do Decreto 3189, que fixou as diretrizes para o exercício da atividade de ACS, também em 1999, mesmo ano da composição do documento em análise.³⁹

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 capacitação⁴⁰ 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 Pólos de Capacitação em Saúde da Família. Os Pólos 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 Pólos e a questão da formação dos ACS carecia de espaço.

Pode-se supor que, tendo sido sistematizadas as atribuições dos ACS na Portaria 1886, ratificadas no Decreto 3189, tenha surgido, mais claramente para alguns atores, a necessidade de se pautar a formação desses trabalhadores nos Pólos de Saúde da Família. Ao fazê-lo, os autores do documento parecem tentar realizar um duplo movimento: apresentar uma proposta

³⁹ 1999 foi também o ano em que teve início o PROFABE – Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – que visava a 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 200.000 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.

⁴⁰ 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.

de formação para os ACS e, ao mesmo tempo, defender a participação das ETSUS nesse processo.⁴¹

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 outro 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 atenção.⁴²

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 Saúde, em 1988*” (Idem, 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

⁴¹ 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.

⁴² 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.

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 trabalhadores, em função destes 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 históricos-políticos mais amplos, e até mesmo anteriores, que conformaram a política de saúde da família na década de 90 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 básicas⁴³ 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.

⁴³ No artigo 6º, parágrafo único, da Resolução CNE/CEB Nº 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).

Entretanto, o que pode parecer uma contradição óbvia para uns, parece uma condição coerente e justificada para outros, que vêem, 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.

5.1.2 – Sobre o contexto da educação.

Antes de seguir adiante com o documento, é importante que, assim como este foi contextualizado em relação ao campo da saúde, ele seja também localizado em relação ao campo da educação que, a partir de meados até o final da década de 90, também foi marcado por mudanças no campo normativo, porém, de abrangência maior, uma vez que estas foram efetivadas mediante importantes alterações legislativas.

Um marco importante 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 nº 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 educação⁴⁴.

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 2208/97 (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 646/97 (BRASIL, 1997c) que regulamentou a implantação do disposto nos artigos 39 a 42 da LDB e no decreto 2208/97.

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)

⁴⁴ Trata-se do primeiro projeto de LDB apresentado à Câmara dos Deputados em dezembro de 1988 pelo então Deputado Federal, Otávio Elísio.

Segundo o Documento Base do Seminário, “Educação Profissional: concepções experiências e propostas”, promovido pela então Secretaria de Educação Média e Tecnológica (SEMTEC/MEC)⁴⁵, 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 ambigüidade 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:

“[...] ‘a 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, independente de escolaridade, e a possibilidade de reconhecimento e aproveitamento das experiências de trabalho como etapas formativas, conformaram argumentos que possibilitaram 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.

⁴⁵ O Decreto 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, a qual está ligado 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 6.320 de 20 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a).

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 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 *si ne qua non* para um projeto de sociedade igualitária.

Com relação à proposta de qualificação profissional apresentada pelo primeiro documento em análise no presente estudo, esta se configura como uma qualificação de nível básico⁴⁶, conforme expresso no próprio documento, “*destinado 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 2208/97 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).

⁴⁶ Na vigência do decreto 2208 de 1997 (BRASIL, 1997b), essa era a denominação do nível da educação profissional dedicado à qualificação e reprofissionalização de trabalhadores. Após o decreto 5.154/2004 (BRASIL, 2004c), esse nível passa a configurar a educação 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 parece resumir-se à realização das metas de qualificação para o trabalho. Contrariamente, vários autores críticos da área de trabalho e educação⁴⁷ denunciam 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 90, foram realizados cursos de curta duração, financiados com recursos do 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., 2004; BRASIL, 2003f). Tem-se, então, um importante investimento de recursos públicos em propostas diversas e dispersas de qualificação e re-qualificação para o trabalho, sem a devida mensuração de seus resultados.

Vejamos o que diz Kuenzer (2002) 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 [...]” (KUENZER, 2002, p. 68).

Para configurar melhor a perspectiva dominante no campo da educação profissional no Brasil, na década de 90, é preciso que eu me detenha e discorra um pouco sobre o termo empregabilidade e as idéias a ele associadas.

⁴⁷ Entre os autores críticos do campo do trabalho e 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 séc. 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 90.

Empregabilidade é um termo amplamente difundido, principalmente, na década de 90, 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, Ramos M.⁴⁸, entre outros, desresponsabiliza o Estado e as políticas públicas. Pode-se dizer que este termo forma um par com o conceito de flexibilidade do trabalho⁴⁹. Associados, os dois termos ajudam a configurar a situação do trabalhador de quem se exige que se eduque permanentemente, que seja capaz de enfrentar situações não previstas e de responder a problemas variados e complexos. (KUENZER; 2002; GENTILI, 2002).

Kuenzer (2002) 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”. (KUENZER, 2002, p. 73).

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 idéias, 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 fundamental⁵⁰ e integrar a formação para o trabalho com

⁴⁸ Essa crítica pode ser encontrada em vários textos desses autores, em cuja obra destaco: FRIGOTTO (org.), 2002; FRIGOTTO (org.), 2005; FRIGOTTO e CIAVATTA (org.), 2002a; FRIGOTTO, CIAVATTA e RAMOS M. (org.), 2008; KUENZER, 1997.

⁴⁹ Machado M. (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 M., 1998, p. 18-19).

⁵⁰ 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).

uma perspectiva de formação humana, geral, que compreenda a técnica como um aspecto entre as diversas áreas do conhecimento humano.

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 90 e início dos anos 2000, que pode ser configurado como uma situação de expansão da formação profissional, porém, na dimensão do trabalho simples⁵¹:

“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, 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).

⁵¹ A compreensão de trabalho simples está desenvolvida na seção seguinte e no capítulo 6 desta dissertação.

5.1.3 - A educação na saúde – o caso dos ACS.

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 re-qualificação 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, vinculada ao Programa Comunidade Solidária, teve um forte componente associado à promoção de postos de 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) a esse respeito:

“Nessa política, está implícito um aspecto muito relevante, que abordaremos 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.” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 4).

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, conforme 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 Re-qualificação 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 dedicado 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 Re-qualificação 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 formação 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 aponta para a

reflexão, a compreensão e a capacidade de opinar, de criticar; a automatização aponta 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 idéia 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 de 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 em 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 Re-qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde” são apresentadas oito competências profissionais para os ACS, 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 sócio-econômico-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 micro-área, conforme protocolos definidos.

Competência 8 – Acompanhamento e Avaliação das Ações de Saúde.

Capacidade de participar do acompanhamento e 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. (BRASIL, 1999b).

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 idéias 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 atribuídas 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 este 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 documento 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.

5.2 - Primeiras aproximações: legado da gestão anterior e exigências da lei 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 SGTES⁵², do PROFAB 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 Re-qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde, 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 2208, o que aconteceu pela publicação do decreto 5154 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

⁵² 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, nesta dissertação. 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.

Educação, com especial destaque para a então Secretaria de Educação Média e Tecnológica⁵³ 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 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.

No campo institucional, além da Lei 10507, 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 10507/2002, 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 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 Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família foram

⁵³ 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.

reconfigurados, deixando de existir enquanto espaços de articulação da formação em saúde da família, sendo reinventados no âmbito da política de educação permanente formulada pela SGTES, como Pólos de Educação Permanente em Saúde, com um novo formato, objetivos e público-alvo ampliados, e outra configuração institucional.

Os Pólos 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 Pólos 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, comecei a participar das reuniões promovidas pela SGTES, visando à formulação da política de formação dos ACS, como representante da EPSJV/FIOCRUZ. A partir deste ponto, as considerações traçadas nesta dissertação, 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 que fiz desses encontros, como instrumento para o meu trabalho de colaboração com a SGTES/MS.

5.2.1 - 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 10507/2002. (BRASIL, 2002a).

Conforme já visto, esta lei dispunha, entre os requisitos para o exercício da profissão de agente comunitário de saúde, que este deveria haver concluído com aproveitamento 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

estabelecer 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 de oito páginas, com créditos 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 99, 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 de 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 10507 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 99. (BRASIL, 2002c).
- 3) Proposta Pedagógica para a Qualificação do Agente Comunitário de Saúde, composto de 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 documento 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).⁵⁴ A formação proposta configurava-se num módulo de 80 horas, 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 utilizadas 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 idéias 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)⁵⁵, 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

⁵⁴ 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.

⁵⁵ 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 100.000 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; e 3) Monitoramento e avaliação.

que traz a proposta de formação, propriamente dita - Programação Curricular do Curso Básico para o Agente Comunitário de Saúde - conforme sinalizado anteriormente.

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, diabetese 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 minha perspectiva. 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 objetivo do 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 10507, 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 Suis Generis, o Agente Comunitário de Saúde*. Neste texto, encontramos argumentações muito semelhantes às utilizadas nos documentos e nos discursos⁵⁶ 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 facilitador, 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 desse primeiro conjunto de textos de 2003 ter

⁵⁶ Discursos com os quais pude dialogar no processo ampliado de formulação da política de formação dos ACS do qual participei, conforme já mencionado.

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 idéias e princípios quanto aos ACS, localizados na conjuntura da década de 90.

Uma outra idéia, 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 Escola Politécnica, também em função destas

Escolas poderem ser aliadas num projeto de profissionalização dos ACS que se desejava alcançar.

Antes que eu prossiga, é preciso localizar a Escola Politécnica 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.

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 Escola Politécnica 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 entende que estas políticas devem ser executadas pelas Escolas Técnicas do SUS, como forma de tentar garantir que as experiências desenvolvidas guardem relação com os princípios do SUS e que as informações, produtos e insumos produzidos nos processos formativos, sejam incorporados ao legado público dessas escolas, seja como subsídios para futuros processos formativos, ou como memória da política formativa implementada.

Essa posição foi representada no processo de formulação da política de formação dos ACS e eu tive a oportunidade de fazer essa representação no período estudado, assim como, outros representantes da escola o fizeram neste e em outros momentos em que se discutiu a política de formação dos trabalhadores de nível médio e técnico da saúde. Essa é parte das minhas implicações como professora, pesquisadora e militante do campo da formação profissional em saúde que atravessam este trabalho. Dito isto, podemos voltar aos documentos em análise.

Duas 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, realizados na comunidade em que atua o ACS. Sobre os momentos de dispersão, o documento diz:

“Os períodos de dispersão deverão ocorrer, preferencialmente, na micro-área 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 desenvolve, 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.

5.3 - 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 PROFAB e da EPSJV. Nesse grupo, coube aos representantes mais diretamente vinculados ao Ministério da Saúde a tarefa de elaborar propostas de formação, enquanto a EPSJV coube a função de colaboração, discutindo a situação dos ACS, as concepções político-pedagógicas, 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, em 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 significa dizer que havia sujeitos políticos, cuja adesão precisava ser conquistada para o processo de formulação da política e que, nesse processo, as idéias 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 ACS⁵⁷.

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 alfa⁵⁸, com créditos para o DEGES/SGTES.

⁵⁷ Tal informação foi colhida durante as entrevistas com Maria Luiza Jaeger, então secretária da SGTES, e Ricardo Ceccim, diretor do DEGES.

⁵⁸ O conteúdo do documento α 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,

(BRASIL, 2003h). Nesses documentos vai se explicitando um novo posicionamento político do Ministério da Saúde em relação à formação dos ACS.

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 de Educação Técnica 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 (DEGES/SGTES, do Profae, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES/SAS e do Programa de

de 04 e 05 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, na Bibliografia, o identificamos como documento sem título.

Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS⁵⁹), de escolas de formação em saúde (Escola de Formação de Trabalhadores da Rede Básica de Sergipe, Escola de Formação em Saúde da Família “Visconde de Sabóia” 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 Pólo 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 trabalhadores⁶⁰. 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 da Educação Técnica, 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

⁵⁹ O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) visa 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.

⁶⁰ 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.

estratégia para a qualificação profissional. Estes aspectos dizem respeito a questões presentes nas capacitações em serviço, processo de qualificação dos ACS predominante até então.

No texto deste mesmo Relatório são encontradas três referências ao texto 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 idéias 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 a**, 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 nesse 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, nesta dissertação, 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)⁶¹, onde foram pautados os problemas relativos à seleção, ao vínculo, à forma de contratação e aos direitos a eles associados. Além desse fórum, as questões trabalhistas dos ACS foram objeto de debate e

⁶¹ 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.

formulação política no Congresso Nacional, onde os agentes atuaram intensamente, colocando em prática uma estratégia⁶² semelhante a 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 nº 51 e da Lei 11350, 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, no período 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: Avaliação Normativa do PSF / MS, 2001/2002. (BRASIL, 2004a).

Considerando como vínculos não-precários, aqueles que se encontravam, no mínimo, em conformidade com a CLT, independente 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

⁶² 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 micro-áreas nas quais são responsáveis pelo acompanhamento e visita domiciliar das famílias ali residentes.

da não-garantia dos direitos trabalhistas associados ao trabalho, seja no aspecto relativo à autonomia do vínculo em relação aos gestores.⁶³

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 9.790/99⁶⁴, 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 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).

⁶³ 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.

⁶⁴ A Lei 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 o desenvolvimento de atividades de interesse público, mediante o repasse de verbas do Estado para estas instituições.

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 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 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 deste 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, é uma formação que demanda mais tempo e investimentos e, portanto, segundo os que acreditam na existência de trabalhadores típicos da saúde ou aos 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 à publicação 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 apontava para a gestão do trabalho em saúde.

Apesar da Lei 11350 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. Destarte, não é coincidência que, no documento α , 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 (2001) e Tartuce (2004).

Cabe notar também que, neste último trecho citado do documento α , 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.

5.3.1 - Os ACS num grupo ampliado de trabalhadores - uma idéia interessante que não vingou.

Um outro aspecto importante sobre o documento α 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 500.000 trabalhadores. Estes tinham em comum o fato de não terem uma formação específica e de atuarem principalmente na atenção básica. Foram trabalhadores recrutados para darem conta das políticas de expansão do Programa Saúde da Família e da intensificação das medidas de vigilância e de controle ambiental. (BRASIL, 2003h).

Compunham esse grupo de trabalhadores os ACS, ligados às secretarias municipais de saúde⁶⁵, 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 SMS.⁶⁶ Em uma 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 de trabalhadores 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 específicos. Hoje, também poderia ser incluído nessa situação o cuidador de idosos, recentemente instituído pela política de atenção à saúde do idoso.

⁶⁵ Exceto os do Ceará, vinculados à instância estadual.

⁶⁶ Destes, o documento apresenta somente o quantitativo de ACS e agentes de vigilância à saúde, respectivamente, cerca de 170.000 e 60.000 trabalhadores.

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 conseqüências 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 conseqüências 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 idéia 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 ele 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 Proformar – Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância à Saúde.⁶⁷ 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. Por outro lado,

⁶⁷ 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 1399/99 MS, tendo sido responsável pela qualificação inicial de cerca de 32 mil profissionais nas várias regiões do país.

não tenho conhecimento 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 citado.⁶⁸

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.

Independente 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 saúde.⁶⁹

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

⁶⁸ 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.

⁶⁹ 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.

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 as diferentes propostas debatidas no processo de formulação das políticas visando aos ACS parecem apontar.

Colocaram-se em jogo noções sobre o papel do Estado em relação à gestão do trabalho, 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 escolar⁷⁰ 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.

⁷⁰ 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 escolar. A esse respeito, ver a obra de Gramsci (1995 e 2004a). No Brasil, ver Santos A. (2001 e 2007).

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 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) Esse 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 10507 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 facilitadores⁷¹ que participariam, enfim, da qualificação dos ACS. (BRASIL, 2003h, p. 14).

⁷¹ 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.

5.4 - 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 de 30 páginas, com créditos institucionais para a SGTES e o DEGES, 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, a primeira, restrita aos representantes das áreas técnicas do MS, no dia 11 de agosto de 2003 e a segunda, que contou com a participação de representantes dos agentes comunitários de saúde, das ETSUS, dos pólos de capacitação em saúde da família, além dos técnicos do MS. Eu tive a oportunidade de participar das duas, sendo a primeira oficina uma prévia da segunda, isto é, um momento em que as áreas temáticas fizeram a primeira análise crítica do referido documento.

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 Re-qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde. (BRASIL, 1999b), já comentado nesta dissertação⁷². 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 idéias 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 e 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

⁷² No documento de 2003, há referência somente à educação crítica e, não mais à educação crítica e automatizadora, como no documento de 1999.

apresentado à discussão, nem se colocado efetivamente no processo de organização da proposta formativa.⁷³

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.

⁷³ 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.

Aos formadores exigia-se que estes 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 integrarem 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 ACS 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.

Por outro lado, 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, 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 – e 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, não haver profissionais qualificados e em condições de executar o que lhe é exigido, conforme visto.

Destarte, 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, penso que 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.16-7).

Deve-se notar que este trecho é a cópia idêntica de um trecho do documento de 1999, já comentado, mais de uma vez, nesta dissertação, utilizado, naquele documento, também para defender o ensino por competências. (BRASIL, 1999b, p. 6).

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, Diretrizes para a Qualificação Profissional Básica do Agente Comunitário de Saúde de 2003 – ACS - Versão Preliminar, deve ser destacado que ele atribui as conquistas legislativas alcançadas, no sentido do reconhecimento profissional dos ACS, ao movimento organizado desses trabalhadores. BRASIL, 2003j, p. 4). Um outro diferencial político desse documento é a referência à Reforma Sanitária como referência doutrinária, além da referência ao SUS, como estratégia de reordenação setorial e institucional. (BRASIL, 2003j, p. 8).

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 (ainda que a questão da escolaridade ainda não tenha sido efetivamente contemplada⁷⁴ na agenda da SGTES):

“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 à 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, à prevalência do

⁷⁴ 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.

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.

5.4.1 – 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, 2003i).

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) e realizada nos dias 04 e 05 de setembro de 2003, 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 2003I, p. 4).

Seu auditório enunciado são “[...] *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, 2003I, 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.

Por outro lado, 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.

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 10.507 de julho de 2002, que criara a profissão, e ao Decreto 3189/99, que fixara as diretrizes para o trabalho de ACS.

E, finalmente, o documento destaca a importância estratégica da 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, p. 3).

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.

Nota-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 dos 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.

5.4.2 - 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).

Esse trecho da nota explicativa, acrescido do convite que abria a consulta pública, onde 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 enquête.

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 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; fundações; pessoas físicas; outras entidades; 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. Um 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).

5.4.3 - 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 Re-qualificação 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 – de 01 de setembro de 2003; (BRASIL, 2003l)
- Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS – Versão Preliminar – de 06 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 – julho de 2004. (BRASIL, 2004j)

Procurei realizar a análise destes documentos buscando mais identificar os argumentos que defenderam a utilização do modelo de competências profissionais e menos analisar 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 Saúde - 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 cinco 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 deste 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 NOBRH/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 construção, 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 vemos: a referência a NOBRH/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 5154 de julho de 2004, que substituiu o decreto 2208 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 nenhuma 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.

No quadro 6 do Apêndice, apresento os vários enunciados que descreveram as competências profissionais dos ACS nos documentos apresentados à discussão para a formulação da política de formação dos ACS.

5.5 - 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 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. 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 para os 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 onde 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 do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, este se apresenta como um instrumento da política de educação profissional promovida pelo Ministério de 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).

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 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 idéia de formação inicial - que corresponde à qualificação básica exigida pela lei 10507, 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 chegou a avançar, sendo inicialmente dificultado pelas mudanças na composição do Ministério da Educação e, depois, interrompido pelas mudanças na composição do próprio Ministério da Saúde.

Em termos de carga horária, o mínimo estabelecido para o Curso Técnico de ACS é de 1200 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 carga horária da 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 perfil profissional de conclusão do curso e tenham sido desenvolvidas em processos de formação ou no trabalho ou, ainda, em outros meios informais.

Em relação aos docentes envolvidos na formação técnica, o Referencial Curricular segue o que está prevista no artigo 17 da Resolução CNE/CEB nº 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:

⁷⁵ A SETEC é criada a partir do decreto 5159 de 28 de julho de 2004, que modificou a estrutura do MEC, conforme já mencionado.

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 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:</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Competências:</p> <p>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 da saúde.</p> <p>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</p>	<p>Competências:</p> <p>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.

3) Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde. ⁷⁶	pública.	
---	----------	--

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 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 desse 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 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, 2004l)

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 da saúde e que corresponderiam a *“uma visão restritiva, técnico-instrumental da formação, muitas vezes reduzidas a treinamentos introdutórios e emergenciais”*. (BRASIL, 2004l, 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, 2004l, p. 2).

O documento apresenta a necessidade de fortalecer a política de profissionalização técnica para que esta seja capaz de atender 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 tecnoassistencial e pela transição epidemiológica e demográfica vivida pelo país”* (BRASIL, 2004l, 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 idéia 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, 2004l, 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, 2004l, p. 9).

Note-se, ainda, a exigência da pactuação dos projetos de formação nos Pólos 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 Pólos 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. Destarte, 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, conforme o documento em tela, que as escolas enviassem o projeto de todo o curso para o processo de financiamento.

Assim, a etapa formativa 1 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 11350 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 etapa formativa 1.

A essa altura, eu 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. Além disso, tenho informações de que o estado do Tocantins realizou a formação técnica completa dos ACS, assim como, tenho recebido notícias de que outros estados têm buscado meios de integralizar a formação dos ACS.

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. Esse 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 onde 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 momentos de concentração correspondem aos momentos pedagógicos desenvolvidos em sala de aula; os momentos de dispersão corresponderiam aos momentos em que 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 etapa formativa 1, 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 rotina dos ACS, seja pelo relato dos alunos que freqüentam o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde da EPSJV/Fiocruz, seja pelos depoimentos colhidos nas entrevistas realizadas no âmbito das pesquisas promovidas no Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde, do qual faço parte.

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, entretanto, notar 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 os 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.

Destarte, compreendo 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 e 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 atravessa 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 continua 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.

6 – QUESTÕES PARA ANÁLISE OU RECOLOCANDO-ME NO DEBATE.

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

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

6.1 – Considerações sobre o ensino em serviço ou a relação teoria e prática.

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.

Entretanto, cumpre notar 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, entendo que os que se preocupam com a integração com a realidade do Sus, ao participarem da formulação de uma proposta formativa visando 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 pólo privilegiado tem sido a prática e, não, a teoria, 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. Destarte, percebo 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, caricaturizado como o 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. Esse 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, tem sido objeto de minhas preocupações, uma vez que esta posição 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, seria 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, penso que 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, indissolúvelmente 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, onde 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 eu tomarei por intelectual, é de um trabalhador 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 por 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, pelos vários documentos analisados, isto é, organizar programas de qualificação que adotem e, eu acrescentaria, que promovam uma ação crítica.

6.2 - 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).

Essa afirmação preocupa-me 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-me, 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?

Considerando essas questões voltei-me a refletir 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 sócio-econômicas 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), 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”. (MACHADO L., 1998, p. 22).

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.

Por outro lado, 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 (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, 2003, p. 98).

Vejamos o conceito de competência utilizado no Perfil de Competências Profissionais⁷⁸ 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 ACS 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)

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 nesta dissertação, 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.

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.

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 resumi-la assim: competências para o trabalho; trabalho imprevisível; 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.

6.3 - 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.

Soma-se a isto os anos em que se exigiu 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 10507 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 formação 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).

A esse respeito, 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 vai 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 que discutir é de onde você tira dinheiro pra essas coisas. Vocês têm que cobrar do gestor estadual, vocês têm que cobrar do próprio Ministério da Saúde quem inventou, quem criou, quem

pariu essa criança tem que ajudar a embalar, né? Então é... é por aí. E a gente tá tentando... tá 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 respondeu: “É de concepção de trabalho, concepção de equipe, é concepção de formação, é concepção de acesso”. (Jaeger, entrevista).

Diante dessas perspectivas diferenciadas que se enfrentaram ao longo do processo de formulação da política de formação dos ACS, reforço a minha 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 têm sido 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 idéia 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 idéia e a posição contrária às políticas que impliquem 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 se 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 que... Não vai ter dinheiro. Então, ao invés de brigar pelo dinheiro, né?” (Jaeger, entrevista).

Para podermos compreender melhor a contradição que busco caracterizar, vejamos o rol de atividades previsto na Lei 11350 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;

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

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 por 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 adequa à sua aplicação nas situações do trabalho.

Entendo, portanto, que 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 ômnilateral 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 idéia 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 um trabalho 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 um 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.

7 - 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, documento que, como vimos, publica as diretrizes da formação técnica dos ACS. Podemos destacar três passagens nesse 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, 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, 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
- 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 pólos, 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 a 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 a 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 no texto de 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

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 idéias e utiliza expressões presentes naquele texto.

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 preservou.⁸² 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 público.

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

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.

relevante o texto, **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 idéias associadas ao perfil social dos ACS se propagaram, devemos lembrar 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 idéias, formação de opinião e formulação política. (FONTES, 2008) Destarte, compreendo que o texto, “A vinculação Institucional de um Trabalhador Suis 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.

Começarei a traçar a análise desse texto assim localizado, a partir da 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 idéias 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.

7.1 - Sobre a vinculação institucional do texto e os seus autores.

São autores do texto **A Vinculação Institucional de um Trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde**, publicado em junho de 2000⁸³, Roberto Passos Nogueira, Frederico Barbosa da Silva e Zuleide do Valle Oliveira Ramos.

Roberto Passos Nogueira é um intelectual do campo da saúde coletiva, hoje, 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 de Saúde, ao antigo Ministério do Interior e ao Ministério da Saúde. Suas áreas de atuação principal, segundo o seu currículo Lattes⁸⁴ 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 em tela, 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. Atualmente 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 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) – também ajuda a compreender a capacidade de propagação que este teve. O Ipea tem o regime jurídico

⁸³ A primeira versão do texto que circulou de forma mais restrita é datada de fevereiro de 2000.

⁸⁴ Refiro-me à base de currículos do CNPQ, disponível para consulta pública pela Internet, consultada em 03/11/2008.

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 canal fechado. Portanto, configura-se como uma instituição que produz idéias 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 um outro documento 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 nesta dissertação. Considerando os espaços institucionais envolvidos em ambos os documentos e a proximidade de datas entre estes⁸⁵, os documentos parecem integrar um mesmo esforço de formulação de propostas, tanto no campo da formação, quanto 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).

⁸⁵ Como já indiquei em nota anterior, a primeira versão do texto “A vinculação Institucional de um Trabalhador Suis 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.

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.

A caracterização do texto como um texto para discussão⁸⁶ 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. Por outro lado, 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, porém, 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, apresenta 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.

⁸⁶ 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).

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 Nogueira, Silva e Ramos, pelo prestígio de seus autores e da instituição em que este foi produzido.⁸⁷

7.2 – O texto em linhas gerais.

Tentarei, a partir deste ponto, mostrar o caminho de pensamento construído pelos autores e a trama de argumentação traçada no texto, discutindo as idéias associadas a estes argumentos e de que forma estas extrapolam o campo da gestão do trabalho e implicam-se no debate sobre a formação dos ACS.

Em linhas gerais, o artigo 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*

⁸⁷ 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 idéias contidas no referido texto, para além dos setores de gestão do MS, atingindo outros públicos, como no caso, representantes das ETSUS.

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 9790 de março de 1999 (BRASIL, 1999d), que qualifica as Organizações Sociais Civis de Interesse Público – OSCIP e disciplina o Termo de Parceria que 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 PSF.⁸⁸

Nota-se, entretanto, que há ainda um 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, 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 certas formas de contratação dos ACS – como servidor público estatutário ou empregado público celetista – limitadas pela então Lei Camata⁸⁹. 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:

⁸⁸ Explicito 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.

⁸⁹ A Lei Camata (Lei complementar nº 82 de 27 de março de 1995) é anterior à Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 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.

“[...] 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).

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, entendo que, no cenário produzido nos anos 90, 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 co-financiamento 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, quanto 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 em tela:

“[...] 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, 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 distintivas 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.

7.3 - O perfil social sui generis do ACS – problematizações.

Segundo os autores, o perfil social do ACS tem que ser caracterizado a partir do papel social que este exerce na relação com a comunidade. Este papel abrangeria dois aspectos fundamentais: “a) *identidade com a comunidade; e b) pendor para a ajuda solidária*” (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 7) e afirmam que este papel assim composto está em conformidade com o que “*é freqüentemente preconizado pelas instituições que conduzem o programa*” (Idem, 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 este 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”*. (Idem, 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, temos já algumas questões para a análise. Primeiro, noto 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, noto 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. 08).

Pergunto-me: por que os autores precisaram marcar essa distinção entre comunidade e pobreza? Pergunto-me também: por que os autores precisaram associar o sentido de comunidade ao de sociedade civil?

Considerando o contexto de produção do texto em tela, formulo uma hipótese que diz respeito ao momento no qual o texto 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 necessário 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 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 um tanto contraditório e de difícil sustentação, uma vez que a solidariedade parece ser uma condição do ACS bastante valorizada no perfil social apresentado no texto. Considerando que a solidariedade se produz no enfrentamento de dificuldades que, no Brasil, têm um forte componente condicionante que são as desigualdades sociais, entre as quais, uma perversa distribuição de renda, a questão da pobreza parece insistir em retornar como elemento indetificatório do ACS, mesmo quando negada a priori.

Além disso, considerando que, durante quinze 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?

Um 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, 1995, 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, posso 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 almejadas. 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.

Aos 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, penso que as palavras de Afra Suassuna (ex-coordenadora da Atenção Básica do MS) podem nos ajudar a refletir em contrário. 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 quinze anos, ele pode modificar com trinta, cinquenta, com cem”. (Suassuna, entrevista).

A perspectiva da possibilidade de mudança me 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 sócio-econômicas, 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.

7.4 – 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 civil⁹⁰ 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). Colocam-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 texto⁹¹: por que, ao examinar o ACS como uma política social, os autores trabalham com a polarização entre uma concepção solidarista e uma concepção utilitarista?

A hipótese que formulei diz respeito à necessidade de os autores, ao afirmarem uma alternativa de vinculação para os ACS que cumprisse os direitos trabalhistas, precisarem 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.

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).

⁹⁰ 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).

⁹¹ 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?

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*”. (Idem, 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’*” (Idem, 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*” (Idem, p. 11).

Os autores também atribuem a essa forma de conceber os ACS, a idéia 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.*” (Idem, p. 11).

Nessas passagens, nota-se um primeiro resultado da polarização utilitarista x 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 posto 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 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*”. (Idem, p.12).

Na construção dessa visão solidarista os autores operam uma apropriação da noção de Estado-novíssimo-movimento-social, discutida por Boaventura de Souza Santos no texto, *A Reinvenção Solidária e Participativa do Estado* (SANTOS B., 1998)⁹², entretanto, procurarei demonstrar que tal noção foi apropriada somente parcialmente pelos autores do texto em tela. Para fazê-lo, recorro ao mesmo texto de Santos B. citado no documento em análise.

Vejamos o trecho de Santos B. (1998) reproduzido por Nogueira, Silva e Ramos (2000), sobre o Estado-novíssimo-movimento social contraposto, por Santos B., 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)

⁹² Trabalho apresentado no Seminário Internacional Sociedade e a Reforma do Estado, promovido pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado em Brasília, em 1998.

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 a 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 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 em que se fragmenta e se torna mais heterogênea.

Por outro lado, o Estado assume a meta-regulação, 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 meta-regulação no principal objeto de luta política. Passam a ser disputados, assim, “*a natureza, o perfil e a orientação política do controle da meta-regulação*” (Idem, p. 14)⁹³.

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 pólo

⁹³ 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 meta-regulação da gestão do trabalho dos ACS.

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 pólo 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 meta-regulação, quanto pela democratização interna dos espaços não-estatais de regulação. Portanto, o chamado terceiro setor não se configura no lugar idealizado da auto-ajuda ou da ajuda recíproca:

“Pelo contrário, entregue a si próprio, o terceiro sector pode contemporizar facilmente, quer com o autoritarismo do Estado, quer com o autoritarismo do mercado. Mais, 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 setor 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 setor e se refere à existência de “*experiências anti-democráticas entre o Estado e o terceiro setor, 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).

Uma 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 no texto, 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 direção 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 legítimos 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 9790 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 sócioprodutivos 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 idéia 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 idéia 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 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 operadores legítimos 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 e aplico à análise da possibilidade de estabelecimento de termo de parceria com OSCIPs como meio de vinculação do ACS (1998):

- “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 uma 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 contexto 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).

7.5 - 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 conseqüências importantes para este trabalhador.

De um lado, os autores acabam negando os dois pólos 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 na presente dissertação, 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 pólos, acaba produzindo um trabalhador, ele próprio desligado, sem possibilidade de identificação nem em um pólo (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 um entrave ao cumprimento do papel social do ACS. E, se nas atribuições dos ACS está incluída a construção de um diagnóstico sócio-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 pôde só saber ler e escrever, conforme os requisitos do Ministério da Saúde, desde 1987 até 2002⁹⁴ 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.

7.6 – A solidariedade em questão.

Uma outra discussão importante derivada do texto “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.

⁹⁴ Considerando o período compreendido desde a criação do Programa de Agentes de Saúde do Ceará até a Lei 10507 em 2002, que criou a profissão de ACS e estabeleceu o ensino fundamental como requisito, conforme visto antes.

Percebo haver uma relação entre a concepção de solidariedade veiculada no texto e a conjuntura em que se reconfiguraram os movimentos sociais e as organizações contra-hegemônicas. Em outras palavras, parece-me que a noção de solidariedade adotada pela política de saúde promovida nos anos 90 e que institucionalizou os ACS parece ter sido forjada em meio à conjuntura imediatamente posterior aos movimentos macro-sociais e às grandes lutas pela democratização do país e pela garantia dos direitos sociais na Constituição Brasileira. Na década de 90, 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 idéia.

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, idéia reforçada por estudos como os de David (2001).

Esta compreensão se apóia, 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 MOPS – Movimento Popular de Saúde, do qual participou Tereza Ramos, líder nacional dos agentes comunitários de saúde.

Como nos lembra Tereza, nos tempos dos agentes ligados à Pastoral da Saúde⁹⁵ e de militância no MOPS, era só “agente de saúde. A palavra ‘comunitário’ foi criada muitos anos depois” (RAMOS T., 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 80, no qual as práticas de solidariedade exercidas por esses trabalhadores de extração popular, como as parteiras, as benzedadeiras, as curandeiras, que têm um forte componente cultural e de auto-gestão do cuidado em saúde, foram investidas pelas políticas de saúde que incorporaram algumas de suas qualidades

⁹⁵ 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.

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.

Por outro lado, 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 um 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 locorregionais?

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 pode ser posto pelo ACS a serviço das políticas públicas, na realização de suas metas.

Nessa mesma linha de raciocínio, uma 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 suas necessidades, mas somente quer dizer que, no encaminhamento destas, os ACS têm tido que lidar freqüentemente 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 auto-referida 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.

7.7 – Sobre a autonomia ou quando o lugar do entre se transforma em exclusão.

A essa altura, cabe identificar ainda um 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. 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*”. (Idem, p. 12)

Destarte, 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*”. (Idem, 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 (...)*”. (Idem, 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, e, também, entre os 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 deste 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.

7.8 – 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 o 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 celetista*”, 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).

Penso ver 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 conseqüências 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 90, 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)].” (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 “premature 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 ‘premature 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 crêem 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 administrativo 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 extinguiria 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 ACS.⁹⁶

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,

⁹⁶ Em 2006, a Emenda Constitucional 51/06 modificou o artigo 198 da Constituição Federal, tornando possível à seleção dos ACS e dos agentes de endemias mediante processo seletivo público, o que permitiria a discriminação por local de moradia.

uma vez 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 prevêm 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 desse trabalho, mas este me permite considerar que a questão do vínculo dos ACS ainda se encontra em aberto, apesar de o movimento organizado desses trabalhadores ter conseguido garantir a regra do vínculo direto

com o Estado, com contrato segundo a CLT, na Lei 11.350 de 5 de outubro de 2006. Do mesmo modo, encontra-se em aberto, também, a questão da formação dos ACS. Como visto, existe uma normatização (a mesma Lei 11350) 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 o texto, “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 idéias 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob o pretexto de apresentar uma conclusão, certamente provisória, das análises que desenvolvi ao longo deste trabalho de investigação, proponho-me a realizar dois movimentos: primeiro, construir uma síntese dos resultados da pesquisa que possam qualificar a memória do processo de formulação da política de formação dos ACS; segundo, fazer um inventário do que pôde ser contemplado nesse processo de investigação, sinalizando as questões que não couberam no escopo dessa pesquisa.

Finalizar uma investigação e sintetizar o que deve ser considerado mais relevante no processo analítico apresenta alguns riscos, como aquele que mais me aflige no momento, qual seja, operar uma nova análise, um novo processo de interpretação dos achados da pesquisa e confundir os resultados, em vez de explicitá-los. Esse perigo decorre do fato de que, a cada olhar, a cada releitura do texto construído, percebo novas possibilidades de discussão e comentários a fazer. Percebo outros caminhos de cotejamento e crítica e de aporte teórico que poderiam resultar em um estudo mais completo, como se fosse possível esgotar as várias dimensões de um objeto num único processo de estudo. Talvez, este seja um sintoma da longa convivência com o tema e do afeto que me une às questões relativas aos trabalhadores de nível médio, especialmente os ACS.

Tendo acertado as contas com o impossível, aceito a possibilidade que tenho, por ora, e indico os dois caminhos que segui na construção da síntese que busco aqui apresentar: rever como o processo de formulação da política de formação dos ACS transcorreu; e apreciar o saldo das principais questões que identifiquei no desenvolvimento desse processo, principalmente, por meio da análise dos documentos da política, mas também, pelo resgate do registro das reuniões das quais participei e pela análise parcial das entrevistas com alguns dos atores envolvidos.

Destarte, principio 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 também que, ao menos no início do primeiro mandato do governo Lula, houve, no Ministério da Saúde, particularmente na SGTES, 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 Intergestora 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 conseqüências 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, a abrangência do processo de transformação do modelo de atenção que a saúde da família tem representado e o 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 que é 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 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 tem sido 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 um trabalho simples, expressa, entre outras coisas, pela não profissionalização dessa função, por muito anos, e 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.

Destarte, 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 pólo. 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 esta pesquisa que finda, parcialmente, no texto dessa dissertação. A primeira diz respeito à análise do posicionamento dos vários atores participantes do processo de formulação da política de formação dos ACS e que seria feita, no âmbito desse estudo, principalmente, com o auxílio das entrevistas com esses atores. Como a maior parte das entrevistas já foi realizada e como essa pesquisa de mestrado guarda relação com um projeto de pesquisa mais abrangente⁹⁷, essa análise será realizada no correr do próximo ano. A esse respeito, devo ressaltar também que o caminho percorrido nesse estudo, na análise dos documentos do processo de formulação da política de

⁹⁷ Trata-se da pesquisa “Políticas de Trabalho em Saúde e a Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: dinâmica e determinantes” desenvolvida no âmbito da EPSJV/Fiocruz, sob a coordenação do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde e que faz parte das atividades da Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde.

formação dos ACS, demonstrou ser uma etapa fundamental que possibilitará qualificar melhor a análise da posição dos atores nesse mesmo processo, no futuro.

Mas, há ainda outras possibilidades de investigação que me parecem desdobramentos desta. Investigar, por exemplo: as experiências formativas realizadas, o movimento dos trabalhadores ACS, as especificidades do modo de fazer política da gestão da SGTES, compreendida entre 2003 e meados de 2005, 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), 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 essa dissertação, 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*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 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 Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 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*, Brasília, DF, p. 11-13, 22 dez. 1997a.

_____. Decreto nº 2.208 de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 abr. 1997b.

_____. Ministério da Educação. *Portaria nº 646 de 14 de maio de 1997*. Regulamenta a implantação do disposto nos arts. 39 a 42 da Lei Federal nº 9.394/96 e no Decreto Federal nº 2.208/97 e dá outras providências (trata da rede federal de educação tecnológica). Brasília, DF, 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, DF, 1998. Disponível em:
<<http://www.saude.gov.br/programas/pacs/psf.htm>>. Acesso em: 17 dez. 1998.

_____. Decreto nº 3.189 de 04 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*, Brasília, DF, 05 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 Nº 04/99*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: Ministério da Educação, 1999c.

_____. Lei nº 9.790 de 23 de março de 1999d. 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*, Brasília, DF, 24 mar. 1999d.

_____. *Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002*. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 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, set. 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 Qualificação 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 10^a 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 nº 4.726 de 09 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 pólos de capacitação em saúde da família. Brasília, DF, 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*, Recife, abr.-jun., v. 3, n. 2, p. 221-224, 2003e. Informes Técnicos Institucionais.

_____. Ministério da Educação. SEMTEC. Documento-base. In: _____. *Anais. 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, DF, 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, DF, 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, DF, 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, DF, 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, DF, 2003l. Versão preliminar de 01 set. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho Interministerial de Regulamentação da Profissão de ACS. *Regulamentação profissional do agente comunitário de saúde*. Brasília, DF, 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, DF, 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, DF, 2003o. Versão preliminar de 06 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, DF, 2004a. (Série C, Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério Público do Trabalho. Procuradoria Regional do Trabalho da 10^a Região. Coordenadoria de Defesa dos Interesses Individuais, Homogêneos, Coletivos e Difusos. *Termo de compromisso de ajuste de conduta nº 72/2004*, 4 ago. 2004b.

_____. Decreto nº 5.154 de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os artigos 39 a 41 da Lei nº 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*, Brasília, DF, 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, DF, 2004d.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. *Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília, DF, 2004e.

_____. Decreto nº 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*, Brasília, DF, 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, DF, 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, DF, 2004h. Versão preliminar de 03 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, DF, 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, DF: 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, DF, 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, DF, 2004l.

_____. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica de recursos humanos (NOB/RH-SUS)*. 3. ed. rev. e atual. Brasília, DF, 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, DF, 2005b.

_____. *Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. *Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006*. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Brasília, DF, 2006b Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm>. Acesso em: 4 jun. 2007.

_____. *Lei nº 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 nº 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 4 jun. 2007.

_____. *Decreto Federal nº 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*, Brasília, DF, 29 dez. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 2.112 de 3 de março de 2008*. Cria os Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 04 mar. 2008a, p. 38-39.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. *Números da Saúde da Família*. Brasília, DF, 2008b. Disponível em:

<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 9 dez. 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CASTRO, Nádia Araújo de. Qualificação, qualidades e classificações. *Educação & Sociedade*, Campinas, n. 45, p. 211-224, ago. 1993.

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*. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v. 2, p. 105-120.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 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: Ed. 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.

DRUCK, Graça; BORGES, Ângela. Terceirização: balanço de uma década. *Caderno CRH*, Salvador, n. 37, p. 11-139, jul.-dez. 2002.

FAGNANI, Eduardo. *Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. Tese (Doutorado em Ciência Econômica) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

FIORI, José Luís. Para ler a vitória de Lula. Fundação Joaquim Nabuco. *Análises de Conjuntura*. 3ª ed, 2002. Disponível em:
<www.fundaj.gov.br/observanordeste/obed003c.html>. Acesso em 03 de agosto de 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, p. 255-272, 2008.

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: Ed. 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: Ed. 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 e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. 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*, Campinas, 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 (Org.). *Novas e antigas faces do trabalho e da educação*. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. 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.

KINGDON, John W. *Agendas, alternatives and public policies*. 2. ed. Nova York: Harper Collins College Publishers, 1995.

IPEA. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*. 2008. Disponível em <www.ipea.gov.br>. Acesso em 10 nov. 2008.

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*. Fundação Joaquim Nabuco. *Análises de Conjuntura*, 2ª ed., maio/junho 2002. Disponível em: <www.fundaj.gov.br/observanordeste/obed002a.html>. Acesso em 10 mar. 2008.

_____. Trabalho informal, autogestionário e gênero. *Sociedade e cultura*, Goiânia, 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 e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. 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*, Belo Horizonte, n. 3, jan.-jul. 1998.

MANFREDI, Silvia Maria. Trabalho, qualificação e competência profissional: das dimensões conceituais e políticas. *Educação & Sociedade*, Campinas, 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.

MATTOS, Ruben de Araujo. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/Aids: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: Parker, Richard; Galvão, Jane; Bessa, Marcelo Secron (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed.34, p. 29- 87, 1999.

_____. O incentivo ao PSF e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 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, p. 369-383, 2007.

MERHY. Emerson Elias. *A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOROSINI, Márcia Valéria. G. C. *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. G. C., 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*, Rio de Janeiro, 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: 27ª Reunião Anual da ANPED, 2004, Caxambu-MG. 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 suis Generis – o Agente Comunitário de Saúde*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. (Texto para discussão, nº 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: Ed. Fiocruz. p. 67-107, 2006

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*, IPEA, n. 12, p. 19-37, 1996.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. 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*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 93-114, 2003.

_____. 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, p. 31-56, 2005.

_____. Conceitos básicos sobre Trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; EPSJV, p. 27- 56, 2007.

RAMOS, Teresa. Entrevista. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 329-337, 2003.

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*. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Sociedade e a Reforma do Estado, promovido pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1998. Disponível em: < http://www.reformapolitica.org.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8&Itemid=56 >. Acesso em: 01 de setembro de 2008.

SCHWARTZ, Yves. De la “qualification” à la “compétence”. *Education Permanente*, n. 123, p. 125-138, 1995.

VIANA, Ana Luiza D’Avila; 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*, Campinas, 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: Ed. 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: Ed. Fiocruz; EPSJV, 2007, p. 139-153

WALT, Gill. Health policy. *An Introduction to Process and Power. People, governments and international agencies – who drives policy and how it is made*. London: Zed Books, 1996.

APÊNDICE

Quadro 1- Textos acadêmicos que contribuem mais diretamente para o objeto em investigação, classificados segundo o assunto principal de interesse à pesquisa em tela.

Documento	Formação	Trabalho	Histórico da Função/ Profissionalização/ Regulação da profissão	Formulação da Política da educação e da gestão do trabalho
ANDRADE, F. M. O Programa Saúde da Família no Ceará. Fortaleza, 1998. (Tese de Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, 1998).				
BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. <i>Ciência e saúde Coletiva</i> , 13(1):259-268, jan.-fev. 2008.				
CASTRO, Janete Lima; VILAR, Rosana Lúcia A.; FERNANDES, Vicente de Paula. Precarização do Trabalho do Agente Comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS. In: Falcão, André et al (orgs). <i>Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, estudos e análises</i> . Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2004, v. 1.				
LIMA, J. e MOURA, M. do C. Trabalho Atípico e Capital Social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. <i>Sociedade e Estado</i> , Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-113, jun-abr. 2005.				
LIMA, Jacob Carlos. Metamorfoses do Trabalho e na Organização dos Trabalhadores. Fundação Joaquim Nabuco. <i>Análises de Conjuntura</i> , 2ª ed., maio/junho 2002. (Acessado no endereço: www.fundaj.gov.br/observanordeste/obed002a.html).				
MARQUES, C. M S. e PADILHA, E. M. Contexto e Perspectivas da Formação do Agente Comunitário de Saúde. <i>Trabalho, Educação e Saúde</i> , v. 2, n. 2, p. 345-352, 2004.				
MENDONÇA, M. H. M. Profissionalização e Regulação da Atividade do Agente Comunitário de Saúde no Contexto da Reforma Sanitária. <i>Trabalho, Educação e Saúde</i> , v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004.				

MOROSINI, M. V., CORBO, A. D. e GUIMARÃES, 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 (2007), Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.				
NASCIMENTO, C. M. B. do. Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um estudo em municípios da região metropolitana de Recife. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós-graduação lato sensu em Saúde Pública. Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz/MS, 2005.				
NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle R. A Vinculação Institucional de Um Trabalhador Suis Generis – o Agente Comunitário de Saúde. Texto para discussão n 735. Brasília / Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ipea. 2000.				
PIERANTONI, C. R. E PORTO, S. M. Estudo sobre formas contratuais dos agentes comunitários de saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação. In: Campos, F. E., Machado, M. H. e Pierantoni, C. R. Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. v. 3, n. 1, março, 2006. Brasília: Ministério da saúde, 2006.				
SILVA, J. A. da e DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface, comunicação, Saúde, Educação, v.6, n. 10, p75-96, fev. 2002.				
SILVA, J. A. da e DALMASO, A. S. W. O debate continua... Interface, comunicação, Saúde, Educação, v.6, n. 10, p75-96, fev. 2002.				
SOUSA, Maria Fátima de. Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo. São Paulo: Hucitec, 2001.				

Quadro 2 - Textos acadêmicos afins, não diretamente relacionados ao objeto da pesquisa, mas que ajudam a construir a percepção sobre o ACS, o trabalho que este realiza e sobre as questões relativas à sua identidade profissional, classificados segundo o assunto principal.

Documento	Perfil do ACS	Trabalho do ACS	Revisão Bibliográfica
ALBUQUERQUE, Karla Fernandes de. Representações sociais sobre o agente comunitário de saúde: elo de ligação entre a comunidade e o serviço de saúde. João Pessoa; 2000. Apresentada a Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde para obtenção do grau de Mestre.			
ASSUNÇÃO, Raquel Silva. O agente comunitário de saúde e sua prática no Programa de Saúde da Família do município de Divinópolis MG. Belo Horizonte; 2003. Apresentada a Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem para obtenção do grau de Mestre.			
BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J. e SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Fev 2008, vol.13, no.1. , p.51-60.			
BEDIN, Nelson. Agente comunitário de saúde e empoderamento: o caso da Coordenadoria de Saúde da Lapa. São Paulo; s.n; 2006. Apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de Saúde Pública para obtenção do grau de Doutor.			
BORNSTEIN, Vera Joana. O agente comunitário de saúde na mediação de saberes. Rio de Janeiro; s.n; 2007. Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Doutor.			
CARVALHO, Vera Lucia Mascarenhas de. A prática do agente comunitário de saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no Município de Itapecerica da Serra. São Paulo; 2002. Apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento Materno-Infantil para obtenção do grau de Mestre.			
DAL POZ, M. R. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. <i>Interface, Comunicação, Saúde, Educação</i> , v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.			
FERRAZ, F. E AERTS, D. R. G. de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> , 10 (2), 2005, p. 347-355.			
KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. e TAKAYANAGUI, A. M. M. O Agente Comunitário de Saúde: uma revisão de literatura. <i>Revista Latino-americana de enfermagem</i> , 14 (6), nov-dez, 2006.			
KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. e TAKAYANAGUI, A. M. M. O Trabalho do Agente Comunitário de			

Saúde, Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.2, n. 5, abr/jun, 2006.			
LUNARDELO, Simone Renata. O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto-São Paulo. Ribeirão Preto; s.n; 2004. Apresentada a Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do grau de Mestre.			
MARTINES, Wânia R. V. & CHAVES, Eliane C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. Revista Escola de Enfermagem USP, 41 (3), p. 426-33, 2007.			
NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. Interface, Comunicação, Saúde, Educação, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.			
NUNES, M. de O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Dez 2002, vol.18, no.6, p.1639-1646.			
OLIVEIRA, Creagair Aparecida de. O agente comunitário de saúde e sua tarefa de educador em saúde. Cascavel; s.n; 2003. Apresentada a Escola de Saúde Pública do Paraná para obtenção do grau de Especialista.			
SANTOS, Maria Ruth dos. Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora - MG. Rio de Janeiro; s.n; 2006. Apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social para obtenção do grau de Doutor.			
SILVA, J. A da e Dalmaso, A. S. W. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.			
SILVA, Joana Azevedo da. O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? São Paulo; 2001. Apresentada à Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública para obtenção do grau de Doutor.			
TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface, Comunicação, Saúde, Educação, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.			

Quadro 3 - Documentos oficiais relativos ao tema em estudo com respectivos resumos e observações.

Documento:	Resumo/observações:
BRASIL. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000 (3ª ed).	Publicação dirigida aos agentes comunitários de saúde, com o objetivo descrito no documento de apoiar o processo de capacitação dos ACS. Apresenta textos de apoio divididos em cinco capítulos: Saúde e Comunidade, O ACS – Um Agente de Mudanças, O ACS – Incentivando a Participação da Comunidade, O ACS – Trabalhando e Aprendendo com a Comunidade e O ACS – Ajudando a Fazer o Diagnóstico Participativo.
BRASIL. Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.	Apresenta o PACS, seu funcionamento, os requisitos de habilitação, as responsabilidades dos entes federativos, uma breve avaliação do programa, o planejamento (Plano Plurianual) e traz anexo legislações, normas e alguns textos referentes ao PACS.
BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997. (Publicada no Diário Oficial de 22 de dezembro de 1997, p.11-13).	Normas e Diretrizes do PACS e do PSF. Fixa as atribuições do ACS.
BRASIL. Decreto 3189 de 4 de outubro de 1999. Publicado no DOU de 5/10/1999. Brasília, 1999.	Fixou as diretrizes para o exercício da atividade de ACS.
BRASIL. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.	Tem por objetivo “instruir as Administrações Municipais sobre a forma adequada de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – pág. 7.” Via estabelecimento de Termo de Parceria entre a Prefeitura e uma OSCIP que empregará os ACS. Apresenta as OSCIP (Lei 9790/99 – Lei do Terceiro Setor) como “entidade apta a celebrar o Termo de Parceria pelo qual pode receber recursos do Estado para o desenvolvimento de suas atividades de interesse público...” (p. 12). Relação com outros textos: No item “A Natureza da Função do ACS”, abre o texto com uma afirmação do texto de NOGUEIRA, SILVA e RAMOS (2000).
BRASIL. Lei nº 10.507 de 10 / 07 / 2002. Cria a profissão de agentes comunitários de saúde e dá outras providências. Brasília, 10 de julho de 2002.	Lei Federal que cria a profissão dos ACS, estabelecendo novos critérios de escolaridade e de formação. É substituída pela
BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. <i>Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde</i> . Brasília:Ministério da Saúde, 2004.	Estabelece diretrizes curriculares para a formação técnica dos ACS em três módulos, constituindo um itinerário formativo. Entretanto, só foi pactuada a realização da primeira etapa formativa (Módulo 1). Principais opositores da formação técnica completa: CONASEMS, secretários municipais de saúde em geral.
BRASIL. Ministério Público do Trabalho. Procuradoria Regional do Trabalho da 10ª Região.	Procedimento investigatório n. 160/2003 impetrado pelo MPT,

Coordenadoria da Defesa dos Interesses Individuais Homogêneos, Coletivos e difusos. Procedimento Investigatório 0160/2003, 3 mar. 2005.	visando apurar a forma de contratação dos ACS pelos municípios e estados.
BRASIL. Medida Provisória nº 297, de 9 de junho de 2006. Publicado no D.O.U. de 12.6.2006. Brasília, 2006.	<i>(Convertida na Lei 11.350/2006 - DOU 06/10/2006). Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.</i>
BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Considerações sobre a formação do Agente Comunitário de Saúde. Nota Técnica 14/2006c. Disponível em: < http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT %2014-06.pdf >. Acesso em: 4 jun. 2007.	Nesta nota o CONASS destaca a necessidade de se estabelecer uma formação desses trabalhadores compatível com a complexidade dos problemas de saúde da população, convergindo para o apoio à formação técnica dos ACS. Criticando os argumentos sobre a relação entre formação técnica e inserção no trabalho, que associa essa formação à pressão por maiores salários, destacando que tal relação pode ser considerada para qualquer função da saúde e, se levada adiante, poderia ser um argumento contra o processo de formação técnica de outras categorias da saúde.
BRASIL. Proposta de emenda constitucional nº 7, de 2003. Acrescenta §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Disponível em: < http://www.camara.gov.br/sileg/integras/363070.pdf >. Acesso em: 4 jun. 2007.	Buscou garantir a legalidade na seleção e contratação dos ACS sem prejudicar o funcionamento do PSF. Deu origem à emenda constitucional no 51/06.
BRASIL. Emenda constitucional 51, 14 fev. 2006c. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc51.htm >. Acesso em: 4 jun. 2007	A emenda acrescenta três parágrafos ao artigo 198 da Constituição Federal (Brasil, 2006c). A principal mudança contida na emenda é a criação do processo seletivo público, como alternativa ao concurso público, especificamente para o caso dos ACS e dos agentes de combate às endemias, categoria que conseguiu se fazer representar na PEC nos seus momentos finais de tramitação. “§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação” (Brasil, 2006c).
BRASIL. Lei no 11.350, 5 out. 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 no 51, 14 fev. 2006, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm >. Acesso em: 4 jun. 2007.	Substitui a MP 297. Regulariza a EC 51/06, estabelece o vínculo direto com estados e municípios via CLT. Formação: inicial e continuada (problema!). Estabelece, para o processo seletivo, os mesmos princípios que o artigo 37 da Constituição Federal elenca para o concurso público: “Art. 9º A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a

	natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência” (Brasil, 2006b).
BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer CEB. Proposta de habilitação técnica para a profissão de agente comunitário de saúde. Brasília, 8 jul. 2004a. Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/ai/index.php?option=content&task=view&id=79&Itemid=209 >. Acesso em: 4 jun. 2007.	Parecer favorável à proposta de habilitação técnica dos ACS, conforme Referencial Curricular publicado em 2004.

QUADROS SÍNTESES DOS DOCUMENTOS ANALISADOS QUANTO AO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO DOS ACS

QUADRO 4 – Documentos Formulados ou Apresentados à Discussão durante o Processo de Formulação da Política de Formação dos ACS (março de 2003 a final de 2004).

TÍTULO DO DOCUMENTO E DATA DE INSERÇÃO NO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO DOS ACS	DATA DE PRODUÇÃO/PUBLICAÇÃO	CRÉDITOS INSTITUC.	SÍNTESE
<p>Diretrizes para elaboração de Programas de Qualificação e Re-qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde.</p> <p>Março de 2003.</p>	<p>Novembro de 1999.</p>	<p>Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS.</p> <p>Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS.</p>	<p>O documento contém um histórico do PACS e PSF e apresenta as bases legais da qualificação profissional, considerações sobre o ensino por competência, a metodologia do processo de ensino-aprendizagem e, finalmente, as competências profissionais específicas dos ACS (maior parte).</p> <p>Trechos desse documento retornam literalmente ou re-elaborados em documentos posteriores do processo de formulação da política de formação dos ACS.</p> <p>Currículo por competências e ensino em serviço.</p> <p>Não propõe elevação de escolaridade.</p>
<p>Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde.</p> <p>Março de 2003.</p>	<p>Setembro de 2002.</p>	<p>Coordenação de Qualificação da Atenção Básica, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde.</p>	<p>O documento também inicia com um histórico sobre o PACS e dos ACS e passa a apresentar as bases legais para a qualificação dos ACS, considerações sobre o ensino por competências e questões gerais sobre a estrutura do curso e a sua metodologia. Sua estrutura de tópicos é muito semelhante à do</p>

			documento de 1999, assim como alguns de seus trechos são reproduções do doc anterior. Tem o formato de uma minuta de apresentação da proposta de formação dos ACS.
A Qualificação do Agente Comunitário de Saúde. Março de 2003.	Sem data explicitada; presumo ser a mesma do doc anterior.	Sem créditos institucionais explícitos; presumo serem os mesmos do doc anterior.	O documento também tem um histórico sobre o PACS, fala da natureza do trabalho do ACS, da questão da qualificação e da contratação dos ACS, apresenta o que o Ms realizou ou propôs a esse respeito e o cenário então atual. Todas essas partes são muito breves; trata-se de um documento de poucas páginas.
Proposta pedagógica para a Qualificação do Agente Comunitário de Saúde. Março de 2003.	Sem data explicitada; presumo ser a mesma do doc “Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde”.	Sem créditos institucionais explícitos; presumo serem os mesmos do doc “Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde”.	O documento trata em linhas bem gerais do mesmo conteúdo do documento anterior, porém, de forma ainda mais concisa. Parece uma introdução ao documento Programação Curricular.
Programação Curricular do Curso Básico para o Agente Comunitário de Saúde. Março de 2003.	Sem data explicitada; presumo ser a mesma do doc “Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde”.	Sem créditos institucionais explícitos; presumo serem os mesmos do doc “Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde”.	Apresentou o conteúdo, a estrutura e a metodologia da proposta de formação, que consistia num módulo de 80 horas dividido em três unidades temáticas: I) A Identidade Profissional do Agente Comunitário de Saúde; II) A Estratégia Saúde da Família; III) Territorialização, Diagnóstico e Participação Comunitária. Doc de caráter instrutivo. Introdutório ampliado.
Relatório da Oficina Estratégias para a Qualificação/Formação do Agente Comunitário de Saúde. Maio de 2003.	Maio de 2003.	Coordenação de Gestão Técnica da Educação na Saúde do DEGES/SGTES/MS.	Apresenta um histórico do problema e uma justificativa da necessidade de qualificação dos ACS, com dados e questões legais. Em seguida, apresenta o desenvolvimento da oficina, seus produtos e desdobramentos, assim como os seus participantes. Informa a criação do grupo de trabalho no âmbito do MS para elaborar uma proposta de qualificação dos ACS.

			<p>Vai se explicitando um novo posicionamento sobre a formação dos ACS.</p> <p>Articulação entre qualificação básica e elevação de escolaridade como responsabilidades do MS.</p> <p>Define-se a incorporação do conceito de competências profissionais à proposta de formação dos ACS.</p>
<p>Documento alfa. Maio de 2003. (Este documento aparece em maio de 2003, sem título e sem data. Mais tarde, ele ressurge com o título Informação. Sobre a Qualificação e a Profissionalização dos Agentes de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde. Para a Reunião Tripartite de 26.06.03).</p>	Sem data.	Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS.	<p>Apresenta de forma articulada a problemática dos trabalhadores chamados agentes no SUS e destaca, tratando em separado da questão dos ACS e dos agentes de vigilância à saúde, grupos para os quais estavam sendo definidas diretrizes para qualificação.</p> <p>Formação como um direito de cidadania, resgate de uma dívida social, tratada em conjunto com a questão da gestão do trabalho.</p>
<p>Diretrizes para a Qualificação Profissional Básica do Agente Comunitário de Saúde – Versão Preliminar. Agosto de 2003.</p>	Agosto de 2003.	Departamento de Gestão da Educação na Saúde da SGTES/MS.	<p>Documento base das oficinas de 11 de agosto (interna) e 13 de agosto de 2003 (com participantes externos). Compõe-se de dez partes: 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 e 11) Referencial bibliográfico. Começa a se vislumbrar um itinerário formativo para os ACS.</p>

<p>Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (Versão Preliminar de 01/09/03).⁹⁸</p> <p>Setembro de 2003.</p>	<p>Setembro de 2003.</p>	<p>DEGES/SGTES/MS.</p>	<p>O documento consta de cinco partes: apresentação; finalidade; descrição da profissão; o conceito de competência considerado nesta proposta; a re-contextualização do conceito de competência para a área da saúde; a descrição operacional das competências profissionais do ACS.</p> <p>É o primeiro doc especificamente construído sobre o perfil de competências profissionais dos ACS na conjuntura estudada.</p>
<p>Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.</p> <p>Julho de 2004.</p>	<p>Julho de 2004 (data de publicação).</p>	<p>Ministério da Educação: Secretaria de Educação Média e Tecnológica. Ministério da Saúde: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.</p>	<p>Regula a formação dos ACS perante as Secretarias e Conselhos Estaduais de Educação. Contém as diretrizes, critérios e requisitos que devem orientar as instituições formadoras na construção de planos de curso técnico de agente comunitário de saúde.</p> <p>Estabelece a formação técnica de 1200 horas, dividida em três etapas, constituindo um itinerário formativo:</p> <p>Etapa Formativa 1 – Contextualização, aproximação e dimensionamento do problema – 400 horas.</p> <p>Etapa Formativa 2 – Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes – 600 horas.</p> <p>Etapa Formativa 3 – Promoção, prevenção e monitoramento das situações</p>

⁹⁸ Há outras versões do perfil de competências profissionais que alteram pouco este perfil: Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde - (Versão Preliminar de 06/09/03); Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde - (Versão de outubro de 2003 – enviada à consulta pública); Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde - (revisão feita a partir da consulta pública); Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde - (Versão de março de 2004); Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde - (Versão final publicada anexa ao referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde). No Quadro 3 Competências Profissionais dos ACS nos documentos do processo de formulação da política de formação dos ACS, pode-se ver o perfil de competências proposto por todas as versões a que tive acesso.

			de risco ambiental e sanitário – 200 horas.
Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde – subsídios para discussão. Setembro de 2004.	Setembro de 2004.	DEGES/SGTES.	Apresenta as linhas gerais da política de educação profissional para o Sus promovida pela SGTES, localiza a formação dos ACS, as questões legais, traz dados e argumentos em defesa dessa formação e apresenta respostas a dúvidas mais frequentes.

QUADRO 5 – Documentos Evocados (Citados) pelos Documentos do Quadro 4 e que Influenciaram o Processo em Estudo.

TÍTULO DO DOCUMENTO	DATA DE PRODUÇÃO/PUBLICAÇÃO	CRÉDITOS INSTITUC./AUTORIA	SÍNTESE.
Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde – um pacto tripartite.	Janeiro de 2002.	Departamento de atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde.	Apresenta proposta de contratação dos ACS mediante o estabelecimento de Termo de Parceria entre o Poder Público e uma OSCIP. Apresenta argumentação nesse sentido e traz orientações e textos legislativos atinentes ao tema. Baseia-se na argumentação do ACS como um trabalhador sui generis (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000).
A Vinculação de um Trabalhador Sui Generis, o Agente Comunitário de Saúde.	Fevereiro de 2000.	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Financiamento de trabalho de campo: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sus do MS, através de convênio com a Organização Panamericana de Saúde, em articulação com a Coordenação da Atenção Básica. Autores: Roberto Passos Nogueira; Frederico Barbosa da Silva e Zuleide do Valle Oliveira Ramos.	O texto discute as possibilidades de vinculação institucional dos ACS, posicionando-se a favor da parceria entre o Poder Público e as OSCIP. Apresenta argumentação teórica para fundamentar a posição tomada, a qual é apresentada pelos autores como respaldada pelos trechos dos discursos dos atores entrevistados no trabalho de campo da pesquisa que antecedeu o artigo.

QUADRO 6 - Competências Profissionais dos ACS nos Documentos do Processo de Formulação da Política de Formação dos ACS.

Documento “Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Re-qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde”, 1999.	Documento “Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde”, de agosto de 2003.	Documento: “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS” de 01 de setembro de 2003.	Documento: “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS” de 06 de setembro de 2003.	Documento “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS)” – versão de outubro de 2003, enviada à consulta pública.	Documento Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS) – Versão Preliminar – (Revisão feita a partir da consulta pública) – fevereiro de 2004.	Documento Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – Versão março de 2004.	Documento: Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde - anexo ao Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde – julho de 2004.
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 1 Trabalhar em equipe considerando a natureza e as finalidades do processo de trabalho em saúde.	Competência 1 Desenvolver ações que facilitem a integração entre equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica (ou no PACS/PSF).	Competência 1 Desenvolver ações que facilitem a integração entre equipe de saúde e a comunidade considerando as características e as finalidades do trabalho na atenção básica (ou no PACS/PSF).	Competência 1 Desenvolver ações que facilitem a integração entre as equipes de saúde e as populações adscritas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades.	Competência 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.	Competência – Integração da equipe com a população local. 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.	Competência – Integração da equipe de saúde com a população local. 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.
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 2 Compreender as Políticas de Saúde – SUS considerando o Programa Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica.	Competência 2 Atuar no desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde.	Competência 2 Desenvolver em equipe atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde.	Competência 2 Participar do desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação, em equipe, das ações de saúde no âmbito de adscrição da respectiva UBS.	Competência 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.	Competência – Planejamento e avaliação. 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.	Competência – Planejamento e avaliação. 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.
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 sócio-econômico-cultural e do perfil epidemiológico da população, com enfoque	Competência 3 Participar com os demais representantes da equipe do planejamento, execução e avaliação das ações de saúde desenvolvidas no âmbito da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, em conformidade com as suas atribuições.	Competência 3 Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação comunitária e do trabalho intersetorial, visando a melhoria da qualidade de vida da população e o controle social.	Competência 3 Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação comunitária e do trabalho intersetorial, visando a melhoria da qualidade de vida da população e o controle social.	Competência 3 Desenvolver ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas, do estímulo à participação social e do trabalho intersetorial, visando à melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle social da sociedade sobre o setor da saúde.	Competência 3 Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle social da sociedade sobre o setor da saúde.	Competência – Promoção da saúde 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 da saúde.	Competência – Promoção da saúde 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 da saúde.

estratégico.							
<p>Competência 4 – Promoção da Saúde.</p> <p>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.</p>	<p>Competência 4</p> <p>Desenvolver ações pertinentes as suas atribuições, que promovam a saúde e a qualidade de vida das famílias de sua área de abrangência.</p>	<p>Competência 4</p> <p>Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população conforme plano de ação da equipe.</p>	<p>Competência 4</p> <p>Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco para a população conforme plano de ação da equipe.</p>	<p>Competência 4</p> <p>Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco sanitário para a população, conforme plano de ação das equipes de saúde.</p>	<p>Competência 4</p> <p>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>	<p>Competência – Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário.</p> <p>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>	<p>Competência – Prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário.</p> <p>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>
<p>Competência 5 – Prevenção e Monitoramento de Situações de Risco e do Meio Ambiente.</p> <p>Capacidade de executar ações de prevenção e monitoramento, dirigidas às situações de risco para a população, conforme planejamento da área de abrangência.</p>	<p>Competência 5</p> <p>Desenvolver ações de prevenção e monitoramento pertinentes as suas atribuições, dirigidas as famílias da micro área onde atua, conforme planejamento da equipe de saúde.</p>	<p>Competência 5</p> <p>Desenvolver ações de prevenção e monitoramento, definidas no plano de ação, dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes conforme protocolos.</p>	<p>Competência 5</p> <p>Desenvolver ações de prevenção e monitoramento, definidas no plano de ação, dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes conforme protocolos.</p>	<p>Competência 5</p> <p>Desenvolver ações de prevenção e monitoramento, definidas no plano de ação das equipes de saúde, dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes conforme protocolos de saúde pública.</p>	<p>Competência 5</p> <p>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>Competência – Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades.</p> <p>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>Competência – Prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades.</p> <p>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>Competência 6 – Prevenção e Monitoramento de Grupos Específicos.</p> <p>Capacidade de executar ações de prevenção e monitoramento definidas pelo planejamento, dirigidas a grupos específicos.</p>	<p>Competência 6</p> <p>Desenvolver ações de prevenção e monitoramento pertinentes as suas atribuições, definidas pelo planejamento, dirigidas a grupos específico e a doenças prevalentes, conforme protocolos/plano de ação.</p>						
<p>Competência 7 – Prevenção e Monitoramento das Doenças Prevalentes.</p> <p>Capacidade de desenvolver ações de prevenção e monitoramento das doenças prevalentes na sua micro-área, conforme protocolos definidos.</p>							
Competência 8 –							

Acompanhamento e Avaliação das Ações de Saúde.							
Capacidade de participar do acompanhamento e 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.							