

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE  
SAÚDE

Ramón Chaves Gomes

A QUESTÃO DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS ACS:  
uma análise do município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2011

Ramón Chaves Gomes

A QUESTÃO DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS ACS:  
uma análise do município do Rio de Janeiro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gestão de Serviços de Saúde.

Orientadora: Valéria Fernandes de Carvalho Castro

Rio de Janeiro

2011

G663q

Gomes, Ramón Chaves

A questão da precarização do trabalho dos ACS:  
uma análise do município do Rio de Janeiro /  
Ramón Chaves Gomes. - 2011.

64 f.

Orientador: Valeria Fernandes de Carvalho  
Castro

Trabalho de Conclusão de Curso (Gestão de  
Serviços de Saúde) - Escola Politécnica de Saúde  
Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de  
Janeiro, 2011.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Sistema  
Único de Saúde. 3. Precarização do Trabalho. 4.  
Saúde da Família. 5. Rio de Janeiro. I. Título

CDD 362.10425

Ramón Chaves Gomes

A QUESTÃO DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS ACS:  
uma análise do município do Rio de Janeiro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gestão de Serviços de Saúde.

Aprovado em: 05 / 01 / 2011

BANCA EXAMINADORA

---

Anna Violeta Ribeiro Durão (LATEPS / EPSJV / FIOCRUZ)

---

Maria Vicência Pugliesi (Hospital Federal do Andaraí – Ministério da Saúde)

---

Valéria Fernandes de Carvalho Castro (LABFORM / EPSJV / FIOCRUZ)

*Dedico este trabalho à árdua luta dos  
ACS no município do Rio de Janeiro: objeto  
de meus estudos, imperativo de minha luta  
política.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que mesmo não entendendo ao certo o tema deste trabalho, me apoiaram incondicionalmente. A “monografia” não seria possível sem o carinho de vocês.

À Marina, companheira e namorada, a quem sempre recorri, seja nos momentos de alegria ou de dificuldade. Meus agradecimentos, minhas desculpas, meu amor.

À “Professora”, orientadora, amiga e camarada. Sua postura e suas posições são motivos de admiração e exemplo para mim.

Às “Meninas” (Ana Paula, Andressa, Bianca, Carolina e Paula), com as quais compartilhei trabalhos, sofrimentos, alegrias e muitas brigas. Muito obrigado por me aturarem até aqui.

À rapaziada do Grêmio Politécnico, em especial, Clarice, Diana, Giovanna, Leon e Jorge, com quem compartilhei o prazer e as dores do movimento estudantil, dentro e fora da EPSJV. Tenho certeza que nossa luta conjunta não se limitará aos muros da escola.

Aos Companheiros do CeCAC, em especial, Vick, Valéria, Marco Antonio, Licio e Leo. Nossos estudos e nossas lutas têm aqui valiosas contribuições.

Aos dirigentes do SINDACS/RJ que contribuíram para esta pesquisa com entrevistas, conversas e materiais.

À Ana Violeta, Márcia Valéria e Vera Joana, pelos incentivos, sugestões e atenção.

Peço também a todos as minhas desculpas sinceras, pela impaciência, desatenção, correria, atrasos e ausências e, por fim, esclareço: todos esses personagens são inocentes do resultado deste trabalho.

*“As diversas formas de luta de classes exercem uma influência particularmente profunda sobre o desenvolvimento do conhecimento humano. Numa sociedade de classes, cada indivíduo existe como membro de uma classe determinada, e cada forma de pensamento está invariavelmente marcada com o selo de uma classe”.*  
(Mao TseTung)

## RESUMO

O presente estudo analisa o processo de precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), tendo em vista compreender principalmente as contradições e desafios colocados acerca do papel atribuído a esse trabalhador, no que diz respeito à reorganização da atenção básica e à consolidação do Sistema Único de Saúde baseados nos princípios calcados na Reforma Sanitária Brasileira. Para tanto, recupera-se a trajetória histórica do ACS, problematizando o consenso sobre o reconhecimento da importância desse trabalhador, presente em diversos discursos e documentos, na medida em que se percebe um profundo contraste entre estes últimos e a realidade das condições e relações de trabalho dos ACS, assim como de sua formação. A recuperação da trajetória desse trabalhador revela que tal consenso limita-se ao campo da aparência, colocando, dessa forma, a necessidade do entendimento dos fundamentos e contexto que embasam e sustentam o que em um primeiro momento apresenta-se como contradição: a intensa precarização do trabalhador ao qual é atribuído papel central e decisivo na consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Nesse sentido busca-se compreender, a partir do conceito de trabalho no sentido ontológico-histórico, a totalidade do fenômeno da precarização do trabalho, através do contexto das mutações necessárias ao estado capitalista para garantir seu processo de acumulação de capital. Por fim, baseado na perspectiva de que o caráter do trabalho e da formação dos ACS constitui-se como processo marcado por disputas originárias de concepções antagônicas de trabalho, educação e saúde, analisa-se tanto documentos que sistematizam e são referência para as atuais formas de contratação e formação precarizadas dos ACS, como entrevistas com dirigentes dos ACS, no sentido de compreender as implicações da precarização para os trabalhadores, assim como a fragilização e limites que a precarização impõe ao avanço e concretização do SUS e da saúde no sentido ampliado e universal.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de Saúde. Precarização do Trabalho. Estratégia Saúde da Família.

## LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde.

AMACS - Associação Municipal dos Agentes Comunitários de Saúde

CAP - Coordenação de Área Programática

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho.

CONACS – Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde.

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CTACS - Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde

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

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

EBES - Estado de Bem-Estar Social

EC - Emenda Constitucional

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

ESF - Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.

FNS – Fundo Nacional de Saúde.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

MPT – Ministério Público do Trabalho.

MS – Ministério da Saúde.

NOB – Norma Operacional Básica.

ONG – Organização Não-Governamental.

OS - Organizações Sociais

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PAS - Programa de Agente de Saúde

PNACS Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família.

RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS.

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde.

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

SINDACS-RJ Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 O SURGIMENTO E A TRAJETÓRIA RECENTE DOS ACS: RECUPERANDO E PROBLEMATIZANDO A HISTÓRIA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NUMA PERSPECTIVA CRÍTICA: ORIGENS E PROCESSOS.....</b>	<b>24</b>
3.1 TRABALHO, LUTA DE CLASSES E AS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO NA SAÚDE.....	24
3.2 AS MUTAÇÕES DO ESTADO CAPITALISTA: ADEQUAÇÕES NECESSÁRIAS À POLÍTICA DE PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO.....	27
3.3 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO ACS COMO REFLEXO DE UM PROJETO SOCIETÁRIO.....	31
<b>4 “MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM PACTO TRIPARTITE” – BASE CONCEITUAL PARA A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS ACS.....</b>	<b>37</b>
<b>5 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO ACS, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, SOB A PERSPECTIVA DA SINDACS-RJ.....</b>	<b>47</b>
5.1 A ENTREVISTA.....	48
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde o meu primeiro dia, como aluno do Curso Técnico integrado ao Ensino Médio da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), escuto falar nas aulas, palestras e seminários sobre o Agente Comunitário de Saúde (ACS), integrante da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual esse trabalhador cumpre um papel fundamental na reorganização da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS).

Muito embora, no início, esses nomes e siglas me significassem pouca coisa, já instigavam a minha curiosidade - talvez pela importância que se dá ao assunto ou mesmo pela frequência com que é mencionado nos ambientes onde se discutem a Saúde Pública no Brasil. Com o passar do tempo e o aprofundamento dos estudos, pude perceber que, muito além de uma questão simples e consensual, os aspectos relativos ao ACS, entre eles a formação profissional e a vinculação institucional, compunham um cenário de correlação de forças em nível nacional, em que diferentes concepções de Trabalho, Educação e Saúde estavam presentes.

Ainda no meu primeiro ano na EPSJV, participei de uma disciplina chamada Trabalho de Integração, onde desenvolvemos um estudo sobre a ESF. Ao nos debruçarmos sobre esse tema, procuramos compreender alguns aspectos relevantes na composição das duas faces da Estratégia: a primeira, relacionada às concepções teóricas, em que ressaltamos o papel crucial da Saúde da Família na reorganização da prática da atenção à saúde, baseada em uma nova lógica contraposta ao modelo clássico (biomédico), valorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua, das populações residentes em uma região geográfica específica.

A segunda, da qual destacamos as dificuldades e desafios para implementação efetiva da ESF, como a predominância cultural, tanto nos usuários quanto nos profissionais do SUS, do modelo biomédico de atenção à saúde; a ineficiência nos fluxos de usuários dentro da rede de serviços do Sistema (referência e contra-referência) e a tensa relação institucional entre os membros da equipe da ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS).

Durante o Trabalho de Integração, buscamos recuperar o surgimento e a trajetória recente das experiências de saúde comunitária – PNACS, PACS e PSF – que se cristalizaram na Estratégia Saúde da Família, com o intuito de compreender tanto a contribuição dessas experiências, quanto o papel decisivo desempenhado pelos ACS na consolidação da ESF.

Nesse mesmo sentido, dando prosseguimento ao processo de compreensão das questões envolvendo a Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família e, sobretudo, o Agente

Comunitário de Saúde, participei do seminário “A luta pelo reconhecimento e pela regulamentação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no contexto nacional e da legislação vigente”<sup>1</sup>, onde pude entrar em contato direto com os ACS do município do Rio de Janeiro e as questões envolvidas no exercício de suas funções.

Não à toa os termos “a luta”; “legislação vigente” e “regulamentação do trabalho” estão contidos no título do referido Seminário, apresentando, dessa forma, o propósito maior do evento: travar um debate com a importância de fomentar a luta dos ACS em relação, num primeiro momento, ao vínculo trabalhista da categoria estabelecido na legislação em vigor.

Em outras palavras: o termo "a luta" dá a dimensão de disputa entre contrários, do processo de correlação de forças do qual pode resultar a transformação das atuais condições de inserção no trabalho e de vinculação institucional dos ACS; "legislação vigente" expressa o estado dessa correlação de forças, isto é, favorável ou não à categoria, da mesma forma, como o termo “regulamentação do trabalho”, cuja conquista é um avanço, ainda que mínimo, para a superação das contradições presentes no mundo do trabalho e no campo da saúde.

Foi a partir do Seminário em questão que o objeto de estudo deste trabalho começou a se desenhar. As conseqüências, para o trabalhador, da precarização do trabalho em saúde, em especial, em relação às implicações da terceirização das relações trabalhistas, me causaram inquietude. Ao mesmo tempo, o esforço dos trabalhadores organizados, em sindicatos e associações, e o papel desempenhado por sujeitos coletivos como o próprio papel desempenhado pela EPSJV, no sentido de contribuir na superação deste quadro, me provocaram esperança.

Por tudo dito, a decisão de elaborar esse trabalho é fruto, principalmente, de dois desejos. O primeiro relativo à necessidade individual de aprofundar o estudo em torno da figura dos ACS, iniciado no Trabalho de Integração e presente durante toda a minha trajetória na Escola Politécnica. E o segundo, diz respeito à necessidade ético-política de que essa pesquisa contribua na luta travada pela categoria, no sentido de superar o estado de coisas vigente.

Para tanto, para dar conta desses dois desejos, busquei no primeiro capítulo recuperar a história recente dos agentes, na tentativa de sintetizar a trajetória da categoria, enfatizando a relação entre a importância dos ACS no cumprimento das metas dos programas e a precariedade do vínculo, da formação e do processo de trabalho dos agentes. Ao mesmo tempo, esforcei-me em desmistificar a imutabilidade da história, apresentando a luta

---

<sup>1</sup> Organizado pela Associação Municipal dos Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro, com o apoio da EPSJV, nos dias 24/10 e 14/11 de 2009.

organizada dos ACS como a grande responsável pelas conquistas da categoria, expressas em legislação.

Em seguida, no segundo capítulo, mergulhei na reflexão sobre o significado da categoria trabalho e sobre o conceito de trabalho em saúde, ambos na perspectiva marxista para, a partir do produto dessa reflexão, compreender criticamente o fenômeno de precarização do trabalho em saúde, suas origens e suas implicações para o trabalhador. O processo de disputa recente em torno da figura do ACS resultou em avanços na legislação trabalhista, mas não garantiu a plena modificação da realidade. Inclusive, porque, no mesmo período, a perspectiva contrária à complexificação do trabalho do ACS foi ratificada. Mas exatamente o que e quem representa esse posição? Ela é explícita?

Para responder a essas e outras perguntas, busquei analisar, no terceiro capítulo, o documento “Modalidade de contratação de Agente Comunitário de Saúde: um pacto tripartite” (BRASIL, 2002b), elaborado pelo então Ministério da Saúde<sup>2</sup>, através da Secretaria de Políticas de Saúde. Sob o argumento de possibilitar a contratação de ACS pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de modo a garantir os direitos constitucionais aos trabalhadores, esse documento se constitui como referência para as prefeituras na contratação indireta de ACS, embasada numa concepção de perfil social dos agentes. Analisando-o, busco tornar mais clara a posição que essa publicação representa, muito mascarada por um discurso aleivoso.

A importância desse documento reside justamente no fato dele ser uma referência para os gestores municipais na forma de contratação de ACS. É o caso do município do Rio de Janeiro que, desde 2008, pratica um modelo de contratação muito semelhante ao sugerido pelo documento. Na tentativa de apresentar a realidade do município no que se refere à precarização do trabalho, realizei, no quarto e último capítulo, entrevistas com dois dirigentes do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde (SINDACS/RJ) e, dessa forma, pude também reafirmar a centralidade da organização dos trabalhadores na luta pela superação das relações de trabalho que sustentam o fenômeno da precarização.

No mais, este trabalho representa um “acerto de contas” com as minhas perguntas e inquietações, provocadas por um estudo anterior e incipiente. Ao mesmo tempo em que me provoca novas dúvidas e questões, a serem respondidas em investigações futuras.

---

<sup>2</sup> No governo de Fernando Henrique Cardoso, quando José Serra foi ministro da saúde.

## **2 O SURGIMENTO E A TRAJETÓRIA RECENTE DOS ACS: RECUPERANDO E PROBLEMATIZANDO A HISTÓRIA**

A primeira grande experiência de trabalho com ACS ocorreu no estado do Ceará no período compreendido de 1987 a 1990, através do Programa de Agentes de Saúde. Essa experiência teve como principal objetivo enfrentar o quadro sócio-sanitário provocado pela ocorrência de uma seca de proporções inusitadas e, ao mesmo tempo, viabilizar a decisão de abertura de “frentes de trabalho” para a população de diferentes regiões do estado, em situação mais crítica (SILVA; DALMASO, 2002).

Com esse Programa, o governo do Ceará tentou equacionar dois de seus maiores problemas: empregar moradores de áreas empobrecidas, em sua maioria mulheres, em atividades de promoção da saúde.

Após o fim do período crítico de estiagem, o governo do Ceará decide por manter e expandir o Programa, com o objetivo de melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da própria saúde e, especificamente, reduzir o número de mortes durante o parto – tanto da mãe, quanto da criança –, o número de mortes provocado por diarreia e aumentar o número de crianças que se alimentam exclusivamente do leite materno até os quatro meses de vida (SILVA; DALMASO, 2002).

A seleção dos agentes submeteu-se a duas exigências: residir na comunidade assistida e ser escolhido por meio de participação popular. Portanto, naquelas circunstâncias, os ACS, que ainda não eram reconhecidos por este nome, não foram contratados através de seleção pública convencional e, sim, por meio de voto dos moradores. O vínculo dos agentes consistia numa bolsa paga pelo Tesouro estadual.

Em relação ao treinamento, ofereceu-se aos ACS, sob responsabilidade da supervisão municipal, uma capacitação inicial, com prioridade às ações de educação e de promoção da participação comunitária, que durou cerca de sessenta dias.

Diante da experiência produzida no estado do Ceará, inclusive de resultados positivos, como aumento na cobertura da atenção à saúde e controle de indicadores de saúde, além, é claro, da ampliação do acesso aos serviços de saúde, da importância do papel desempenhado pelo agente e da confiança estabelecida entre o sistema de saúde e a população, o Ministério da Saúde cria, em 1991, o Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde (PNACS) – que passou a se chamar Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), a partir de 1992 – visando principalmente ampliar a cobertura de saúde às populações rurais e das periferias

urbanas, além de fomentar a implantação de um Sistema Único de Saúde – hierarquizado, regionalizado e universal.

O Nordeste e o Norte foram, respectivamente, as primeiras regiões de atuação do PACS, que consistia na institucionalização de uma série de experiências práticas em saúde desenvolvidas anteriormente em diversas regiões do país, porém de forma isolada e focal, atendendo populações em situação de maior risco de doenças (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

No Nordeste, ampliou-se para toda região o trabalho desenvolvido no estado do Ceará, com as atribuições do agente voltada para ações de educação em saúde e de organização da comunidade. Já na região Norte, a implementação do PACS foi resultado de medidas de contenção da epidemia de cólera que assolava a região, isto é, fruto de uma situação emergencial.

É no momento de ampliação nacional do PACS que se inicia a elaboração de documentos, cujo conteúdo visa fundamentar os princípios norteadores do processo de capacitação do ACS.

Segundo Silva e Dalmaso (2002, p. 15), o processo de aprendizagem do agente não se restringia ao domínio de técnicas das ações básicas de saúde, era preciso que o agente “compreendesse a comunidade, entendesse seus problemas e a estimulasse a modificar sua relação com a saúde”. É neste período que ocorre a elaboração do Manual de Agente Comunitário de Saúde, publicado em primeira edição no ano de 1991.

Através do PACS, o Ministério da Saúde não só institucionalizou as múltiplas e, ao mesmo tempo, focalizadas experiências que eram desenvolvidas como, de certo modo, garantiu legitimidade à função dos ACS.

No PACS, o critério para seleção e recrutamento dos agentes consistia nos seguintes pré-requisitos: ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, dispor-se a concluir o 1º grau, morar há mais de dois anos na comunidade e dispor de oito horas por dia para o trabalho (SILVA; DALMASO, 2002). Após a contratação, o agente deveria passar por um período de treinamento, em que se utilizaria o método pedagógico de integração ensino/trabalho, coordenado e supervisionado necessariamente por um enfermeiro.

No mesmo sentido do PACS, surge, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Nas palavras de Morosini, Corbo e Guimarães (2007, p. 193), “o sucesso alcançado pelos municípios que adotaram o PACS criou condições de possibilidade para a formulação do PSF”, que por ser composto, no mínimo, por uma equipe constituída de um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e seis a doze ACS é

considerado um projeto mais adequado para responder às necessidades de saúde da população. Assim, o PACS passou a ser compreendido como estratégia transitória para o PSF e, posteriormente, incorporou-se ao Programa Saúde da Família.

Nessa perspectiva, ambos os programas fazem parte de uma unidade maior que representa um conjunto de diretrizes, instrumentos e esforços articulados no sentido de garantir a reorganização da Atenção Básica.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. (BRASIL, 2010)

Com efeito, o PSF se tornou ação prioritária do Ministério da Saúde (MS), sendo atualmente definido como Estratégia ao invés de Programa. Muito além de uma mudança de palavra, a nova definição da Saúde da Família deve ser compreendida como uma questão política, no sentido de romper com a verticalidade e transitoriedade de um programa e garantir à estratégia o caráter permanente de reorientação da Atenção Básica.

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica 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, 2010).

Entretanto, inicialmente, o PSF é compreendido como mais um programa capaz somente de ampliar a cobertura e o acesso aos serviços de saúde e, para tanto, o apoio financeiro aos municípios que desejassem aderir à proposta era firmado em bases convenientes, sem qualquer dispositivo específico para o financiamento de implantação do Programa. No primeiro momento, ficou clara, que a intenção do Ministério da Saúde era implantar o PSF em áreas delimitadas e específicas, demarcadas pelo Mapa da Fome, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Somente em 1996, “o PSF passou a ser visto como uma estratégia de mudança do modelo assistencial, tendo em vista a atenção básica” (CORBO; MOROSINI; PONTES; 2007, p. 91).

Desse modo, a expansão territorial e o desenvolvimento prático-teórico da estratégia saúde da família não estão consolidados em um único projeto, estabelecendo, portanto, um processo de disputa entre lógicas políticas antagônicas: a partir de determinada perspectiva política, que visa reorientar a atenção à saúde e reorganizar a atenção básica, no sentido de romper com o modelo hospitalocêntrico e biomédico e concretizar um SUS universal e equânime. Em outra perspectiva política, se pauta a forma de reorientação da atenção pela focalização direcionada a grupos populacionais de extrema pobreza, sendo assim, em concordância com as políticas neoliberais iniciadas no Brasil a partir da década de 1990<sup>3</sup>.

Devido a isto, principalmente, resulta a dificuldade de implementação efetiva da ESF em diversos municípios do Brasil. São exemplos desses fatores: a predominância cultural, tanto nos usuários quanto nos profissionais do SUS, do modelo biomédico de atenção à saúde; a ineficiência nos fluxos de usuários dentro da rede de serviços do Sistema (referência e contra-referência), a tensa relação institucional entre os membros da equipe da ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) e a precarização das relações de trabalho.

Na cidade do Rio de Janeiro, quanto à implantação da estratégia saúde da família, verifica-se um atraso, de pelo menos cinco anos, em relação às políticas do Ministério da Saúde, tendo como início de uma ampliação discreta e ainda restrita, o ano 2000. Até então, havia experiências pontuais e desarticuladas em algumas regiões específicas da cidade, como no complexo de favelas da Maré e na ilha de Paquetá.

Segundo Moura (2009), a estruturação de um sistema de serviços de saúde no Rio de Janeiro sofreu – e sofre ainda – com dificuldades originárias desde o período de transição da capital federal para Brasília, quando o RJ se tornou, a princípio, estado da Guanabara e só posteriormente, um município. Para a autora, a cidade herdou uma extensa estrutura de saúde centrada na lógica hospitalar e médico-curativista. A existência de uma ampla rede hospitais públicos, tradição da saúde pública, não garantiu a oferta adequada de serviços de atenção primária.

Com a criação do SUS, no início da década de 1990, a capital fluminense assume a gestão do sistema local de saúde, pautada na diretriz de descentralização da gestão. Essa nova conjuntura possibilitou a experimentação de modelos assistenciais alternativos, mas que se mostraram pouco efetivos, ao priorizarem o acesso aos serviços ambulatoriais aos já enfermos e portadores de patologias, ou seja, a organização desses programas criava uma seletividade e,

<sup>3</sup> Ressalto que estas concepções em disputa geralmente não se apresentam em posições extremas de conflito, cada uma em um pólo de um ring imaginário de luta. Ao contrário, muitas das vezes, essas concepções aparentemente não se conflituam, na medida em que não há uma divergência explícita interna ao projeto, o que sem dúvida é um agravante aos desafios de superação desta realidade. Isto vale para questão da atenção básica, do ESF e das políticas públicas em relação aos ACS.

sendo assim, a maior parte da população continuava a procurar, nas emergências dos hospitais, o atendimento que respondesse às suas necessidades de saúde.

Somente em meados dos anos 1990, a Secretaria Municipal de Saúde viabilizou a implantação de experiências localizadas do PACS e do PSF na cidade. E, após os incentivos financeiros do MS, teve início por volta do ano 2000 uma singela expansão do programa por outras áreas do Rio de Janeiro. Essa discreta expansão está diretamente relacionada com a manutenção da importância dos hospitais na organização do sistema de saúde local e da visibilidade política da atenção terciária para gestão municipal.

O surgimento e a permanência de alguns desafios podem ser explicados a partir da compreensão da realidade à qual o município do Rio de Janeiro está atrelado. Nesse grande centro urbano, a complexidade e a contradição da atenção à saúde dialogam com a existência de uma rede de serviços composta por hospitais; unidades de saúde da família; policlínicas; unidades de pronto atendimento, centros e postos de saúde, produzindo fatos tais como baixa cobertura populacional e a ineficiência no fluxo de usuários dentro do sistema, por meio do mecanismo de referência e contra-referência.

Da descrição das trajetórias recentes de Saúde Comunitária no Brasil – PNACS, PACS e PSF – que se cristalizaram na Estratégia Saúde da Família, extrai-se um aspecto que se faz central para o entendimento desta pesquisa: os agentes comunitários de saúde cumprem um papel central em todas as experiências que foram desenvolvidas, independentes das estratégias para viabilizar as metas de atenção, sendo considerado, por todos os autores que se debruçam sobre o tema, um elo entre os serviços de saúde e a população; entre o conhecimento científico e o conhecimento popular e, numa visão ampliada, uma ponte facilitadora ao acesso à cidadania e ao direito à saúde.

Ora, embora o “aparente” consenso sobre a importância do ACS, todas as experiências de formação profissional até aqui relatadas são referidas com termos tradicionalmente associados a processos formativos aligeirados que, em geral, objetivam a instrumentalização para a prática, como é o caso de “treinamento” e “capacitação” (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Além disto, a trajetória de qualificação profissional dos ACS é marcada pelo viés da capacitação em serviço, numa lógica de polarização entre teoria (ensino) e prática (serviço), sendo a última absolutamente priorizada. Nessa perspectiva, o processo de ensino-aprendizagem deve ocorrer na prática, no fazer. Abre-se mão, portanto, do acesso às bases teóricas e técnicas do processo de trabalho e, principalmente, restringe as dimensões práticas do ensino, descartando a possibilidade de reflexão crítica sobre a realidade. Evidencia-se uma

sobrevalorização da dimensão do fazer do ACS como meio de desenvolvimento das habilidades profissionais que lhe são requeridas (MOROSINI, 2009).

Da mesma forma, o processo de trabalho do ACS, segundo Bornstein (2007), é marcado por práticas de desvio e/ou acúmulo de função, como no caso recorrente de responsabilizar o agente pelo cumprimento de tarefas burocráticas. Dessa prática resultam-se dois aspectos: “secundarização” do papel educativo do ACS e compreensão do trabalho do ACS como flexível e de baixa complexidade.

Ao mesmo tempo, o vínculo institucional do agente, nas diversas experiências de saúde comunitária que aqui citei, ora se deu por meio de bolsa ora por meio de contrato indireto com as Secretarias Municipais de Saúde. Além, é claro, de outras múltiplas formas de contratação que marcam a trajetória dos ACS, como contratos temporários, cooperativados, autônomos e outros.

Nesse sentido, para nós, desde a primeira proposição do PACS, o vínculo institucional, a formação e a natureza do trabalho dos ACS já se apresentavam, diante da importância tão ressaltada desse trabalhador no desenvolvimento dos programas, como contradições a serem superadas. Ao mesmo tempo, os sentidos das expressões “elo” e “acesso à cidadania”, por exemplo, precisavam, e ainda precisam, ser questionados, duvidados para que, a partir disso, possamos entendê-los como um leque de possibilidades e posições por trás de expressões supostamente neutras e universais.

Desse modo, sujeitos coletivos resistem às proposições de transformação e constituem argumentos de natureza diversa para justificar a situação à qual os agentes estão sujeitos. Configura-se, assim, um campo de disputa entre diferentes projetos relativos às concepções de trabalho, educação e saúde. Tal disputa política tem se refletido principalmente no Legislativo, uma vez que as deliberações a respeito têm sido construídas em forma de lei (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Toda a década de 1990 foi marcada por tramitações de projetos de lei no Congresso Nacional, no sentido de definir o perfil dos agentes, à forma na qual se regularia o seu vínculo institucional e à formação requerida para o exercício da profissão. Nesse sentido, a atuação da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS), movimento de maior expressão da categoria, que teve sua origem no ano de 1994 com o intuito de concentrar os ACS sob uma organização nacional unificada, foi de extrema importância para que se viabilizasse a aprovação legal de conquistas dos agentes.

Dentre as conquistas recentes a favor da categoria, em que houve papel decisivo da CONACS, destaca-se a Emenda Constitucional 51 (EC 51), que altera o artigo 198 da

Constituição Federal (CF/88) e garante ao Agente Comunitário de Saúde o vínculo institucional direto com estados, distrito federal ou municípios por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação (BRASIL, 2006a).

Em entrevista à revista RET-SUS<sup>4</sup> de Junho de 2006, a então presidente da Confederação, Tereza Ramos, afirmou que a aprovação da EC 51 foi possível somente através da luta, em relação à regularização dos vínculos, travada pelos agentes no legislativo. Da mesma forma como na EC 51, o papel da CONACS foi fundamental na aprovação da Lei 11.350/2006 e do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS).

No dia 10 de julho de 2002, aprova-se a lei 10.507, que cria a profissão do Agente Comunitário de Saúde e garante, em parágrafos únicos, que o exercício da profissão de ACS dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Além de caracterizar como exercício da profissão as atividades “de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local” (BRASIL, 2002a).

O inciso II da lei em questão afirma como critério, para o exercício da profissão de ACS, ter concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde. No entanto, não disserta sobre o conteúdo do curso. Somente, no parágrafo 2º estabelece a responsabilidade ao Ministério da Saúde por definir o conteúdo programático do curso.

A lei 11.350 aprovada pelo Congresso Nacional no dia 5 de outubro de 2006 regulamenta o parágrafo 5º do artigo 198 da Constituição, dispondo sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51 (BRASIL, 2006b).

No que diz respeito à trajetória recente de formação dos ACS, em 2004, foi aprovado pelo Ministério da Saúde o cumprimento da formação técnica plena – conforme o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. De acordo com o referencial:

O Ministério da Saúde reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de reajuste da força de trabalho, no sentido de contribuir decisivamente para a qualificação e a efetivação da política nacional de saúde. Esta concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional, possibilitando aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores – domínio do conhecimento técnico-

---

<sup>4</sup> A RET-SUS é uma rede governamental criada pelo Ministério da Saúde para facilitar a articulação entre as 36 Escolas Técnicas do SUS.

científico, capacidade de auto planejamento, de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho (BRASIL, 2004, p. 10).

A estrutura curricular prevista para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde<sup>5</sup> (CTACS) é composta por três etapas, organizadas da seguinte maneira:

Etapa I – formação inicial: 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 – carga horária 400 horas.  
 Etapa II – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes – carga horária 600 horas.  
 Etapa III – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário – carga horária 200 horas (BRASIL, 2004, p. 21).

Vale ressaltar que as etapas do curso técnico devem ser compreendidas de maneira horizontal e interligadas, isso é, o ACS que conclui somente uma das três etapas do curso não recebe a formação adequada às competências exigidas pelo Ministério da Saúde no Referencial.

Entretanto, a etapa formativa I tem sido o limite de implantação da proposta de formação técnica do ACS, em função principalmente da oposição dos gestores do SUS, notadamente dos gestores municipais (MOROSINI, 2009). Dessa forma, se mantém, em âmbito nacional, a qualificação dos agentes no nível da formação inicial, com exceção do estado de Tocantins que garantiu a formação técnica integral desses trabalhadores e da experiência em curso desenvolvida na EPSJV, da qual falarei adiante.

O argumento, mais comum, que justifica a resistência à implementação plena do CTACS consiste num suposto aumento salarial, em função da formação técnica, inviabilizado pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita os gastos com a folha salarial no setor público.

É importante ressaltar que tais argumentos, notadamente vinculados ao aspecto da gestão, não são os únicos a compor uma frente de resistência à formação técnica dos agentes. Ao contrário, esses argumentos, muitas das vezes, mascaram outros que dizem respeito ao perfil social dos ACS, à sua origem comunitária e ao que se espera do seu trabalho (MOROSINI, 2009). Ainda sobre os argumentos relacionados à gestão, considerados por muitos estritamente técnicos, é preciso compreendê-los também como frutos de interesses, posições políticas e perspectivas de sociedade.

---

<sup>5</sup> Para saber mais sobre o curso, vide Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, nota-se, mais uma vez, que as questões relativas ao processo de trabalho dos ACS se dão em um espaço fértil para disputa, onde diversos sujeitos coletivos buscam orientar o projeto político do trabalho cotidiano; do vínculo institucional; da formação dos ACS e, no plano macro, do modelo assistencial de saúde.

Destarte, destaca-se, como um dos principais sujeitos coletivos que se conforma nesse processo de disputa pautada nas questões referentes aos ACS, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada em 2003, no primeiro mandato do governo Lula, na gestão de Humberto Costa à frente do Ministério da Saúde, com o propósito de explicitar o papel do gestor federal quanto às políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país (BRASIL, 2007).

A Secretaria recém criada na estrutura do MS fora organizada em dois departamentos: Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). O primeiro departamento se pauta pela responsabilidade de propor e formular políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior (BRASIL, 2007).

Coube ao DEGERTS assumir a responsabilidade, fundamentalmente, pela proposição, incentivo, acompanhamento, e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde, nacionalmente. Também é de responsabilidade deste Departamento, a negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores no que se refere à gestão, à regulação e regulamentação do trabalho, de modo a desenvolver ações ligadas à desprecarização do trabalho no SUS (BRASIL, 2007).

Segundo Morosini (2009, p. 17), “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”.

Somado a isto, tem-se a ação do Ministério Público do Trabalho (MPT) por meio da instituição do Procedimento Investigatório (160/2003), cujo objetivo era questionar a forma pela qual os municípios realizavam as contratações dos ACS, as quais estavam fundadas em relações precárias de trabalho.

O MPT inclusive 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 (MOROSINI 2009). Por fim, firmou-se em 2004, entre o MPT e o MS, um Termo de Ajuste de Conduta, em que o MS, em conjunto com as representações dos

municípios, se comprometeu em apresentar ao MPT uma proposta que contemplasse a regularização dos vínculos dos agentes.

No entanto, apesar das iniciativas da SGTES e das pressões exercidas tanto pelo MPT quanto pela CONACS, a realidade concreta dos ACS pouco se modificou, embora de fato tenha havido conquistas importantes. Pude comprovar esta afirmação quando participei do seminário “A luta pelo reconhecimento e pela regulamentação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no contexto nacional e da legislação vigente”, onde entrei em contato direto com os ACS do município do Rio de Janeiro e as questões envolvidas no exercício de suas funções.

Durante as atividades do Seminário, foi elaborado um relatório, que se organizou a partir de dois blocos: “sobre as relações e condições de trabalho” e “sobre organização política”. Neste primeiro momento, nos ateremos ao bloco referente às relações e condições de trabalho.

Esse bloco objetivou levantar e discutir questões presentes no cotidiano de trabalho dos agentes, desde a garantia dos direitos trabalhistas, passando pelo relacionamento com a equipe da ESF, até as possibilidades de vínculo profissional e suas implicações para o trabalhador.

Dentre as questões apontadas pelos ACS, daremos destaque a alguns pontos, sobretudo os que revelam as condições materiais em que se realiza o trabalho do agente.

São estes:

- Sentimento de desvalorização frente às equipes de saúde e à sociedade;
- Salários atrasados, diferentes (salários diferentes entres agentes da mesma comunidade) e defasados (em geral, não houve reajuste salarial. Em alguns casos, houve diminuição do salário);
- Em relação aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), os ACS não recebem filtro solar. Alguns trabalhadores têm manchas na pele devido à exposição ao sol. Poucos recebem repelentes. Não recebem máscara apropriada para visita a usuários com doenças que requerem prevenção de contato;
- Os ACS não recebem por “periculosidade” com a justificativa de que, independente do trabalho, estão sujeitos à violência. Embora, os médicos recebam por “periculosidade”, muitos não fazem visita domiciliar por conta da violência, de modo que esta tarefa fica a cargo dos ACS;

- O fato de o vínculo entre os agentes e a Secretária de Saúde ser indireto, mediado por organizações não governamentais (ONG), isto é, um vínculo instável, não garante a possibilidade dos ACS reivindicarem e lutarem por melhores condições de trabalho sem retaliações, como o corte salarial;
- Em relação à Formação, a maioria dos ACS não realizou nenhuma etapa do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (CTACS). Alguns realizaram somente uma das três etapas previstas pelo Ministério da Saúde (MS).

Através das questões presentes no relatório, pode-se dimensionar a realidade do município do Rio de Janeiro referente às condições materiais na qual se desempenha o processo de trabalho dos ACS. Contudo, a análise dos pontos relacionados ao vínculo e à formação desse trabalhador revela que, muito além de questões exclusivas do Rio de Janeiro, o vínculo instável e a formação precária compõem uma realidade nacional. É verdade que houve conquistas fundamentais e importantíssimas para a trajetória dos ACS, como o Referencial Curricular e a regulamentação da profissão. No entanto, a realidade é ainda bastante desfavorável à categoria.

Os ACS constituem a força de trabalho de maior expressão numérica na ESF. Em maio de 2003, há exatos sete anos, somavam-se 170.423 agentes no Brasil, sendo 76,7% do total trabalhadores em situação precarizada em relação ao vínculo. Atualmente, o número de ACS ultrapassa os 200.000<sup>6</sup>.

Pois bem! Constitucionalmente, a categoria profissional dos Agentes Comunitários de Saúde existe; e mais: é compreendida como fundamental (para) e exclusiva do SUS; e mais: deve ser contratada por meio de processo seletivo público; e mais: tem um referencial curricular que garante uma formação coerente com a importância, tão dita, desse trabalhador para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS; e mais: desenvolve um trabalho complexo, caracterizado principalmente pela dimensão educativa.

Entretanto, o que se vê na prática, na realidade objetiva é um cenário marcado por um processo de precarização, cuja origem se dá na formação e no vínculo institucional e permanece durante todo o processo de trabalho do agente. Pergunto-me: por quê?

A história nos revela um processo de disputa, não consolidado, em torno da figura dos ACS. Nesse processo, podemos identificar o embate entre concepções de trabalho, educação e saúde que, em última instância, expressam uma luta acirrada entre projetos de Estado e sociedade.

---

<sup>6</sup> Dados extraídos da pesquisa “Políticas de Trabalho em Saúde e a Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: dinâmica e determinantes”, desenvolvida pelo Laboratório de Trabalho Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ).

Para entender melhor a complexidade dessa questão é fundamental que se reconstrua a totalidade do fenômeno de precarização do trabalho, recuperando as origens históricas e os fundamentos teóricos que, respectivamente, contribuíram para o surgimento desse fenômeno e norteiam o desenvolvimento do processo. Nesse sentido, no próximo capítulo, tentarei lançar as bases de uma breve investigação crítica sobre o processo de precarização do trabalho dos ACS.

### **3 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NUMA PERSPECTIVA CRÍTICA: ORIGENS E PROCESSOS**

#### **3.1 TRABALHO, LUTA DE CLASSES E AS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO NA SAÚDE**

Compreender o processo de precarização do trabalho significa, em primeira instância, mergulhar na reflexão sobre o significado da categoria trabalho. A perspectiva aqui adotada, parte da análise feita por Karl Marx em *O Capital* (MARX, 1974). Quando Marx afirma que o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é a capacidade do homem de figurar na mente sua construção antes de transformá-la em realidade, o autor alemão sintetiza um dos aspectos que compõem o conceito de trabalho segundo o materialismo-histórico, qual seja: embora o homem também seja um ser da natureza ao constituir-se humano se diferencia dela assumindo uma autonomia relativa como espécie do gênero humano que pode projetar-se, criar alternativas e tomar decisões (ANTUNES, 2000).

Assim, o trabalho é uma condição necessária e universal ao ser humano, pois é inerente a todos os homens durante toda a sua existência e, desse modo, nos diferencia da abelha, da aranha, da formiga, enfim.

Ainda segundo Marx, é por meio do trabalho que o homem produz e reproduz a própria existência, de modo que, ao intervir e modificar a natureza, o homem modifica também a si próprio. Nesse sentido, reforço a compreensão do trabalho como um processo inerente e restrito à humanidade, contrapondo-me a alguns autores que se situam na perspectiva da classe dominante ao reforçarem o argumento de que o trabalho teria chegado ao fim. Na minha perspectiva, o trabalho não se reduz às formas históricas pelas quais se expressa, seja trabalho servil, escravo e assalariado.

No modo de produção capitalista, o trabalho dos homens historicamente expropriados dos meios de produção e do próprio produto do trabalho, é reduzido à sua dimensão de força de trabalho, traduzindo-se em mercadoria. É na compra e na venda dessa mercadoria, baseada numa relação contratual, juridicamente justa, entre forças desiguais, que se firma a acumulação de capital.

Em outras palavras: quem detém capital acumulado e os meios de produção compra a única coisa que o outro pode oferecer, o tempo de seu trabalho, por meio de um contrato que se pretende livre e igual – embora seja baseado na assimetria entre as forças das partes. Nesse sentido, a liberdade restringe-se à escolha de quem irá explorá-lo. Isto é, os trabalhadores assalariados, diferentes do servo e do escravo, têm a liberdade para escolher seu patrão.

A mercadoria força de trabalho diferencia-se das demais mercadorias inférteis pela especificidade de acrescentar valor ao produto de seu trabalho. Exatamente por isso que o investimento do possuidor de dinheiro se converte em capital; a força de trabalho ou capacidade de trabalho é a única mercadoria, dentro da esfera de circulação, cujo valor de uso possui a propriedade peculiar de ser fonte de valor (MARX, 1974). Do valor produzido por

essa mercadoria, o trabalhador recebe somente uma pequena parcela. O restante é apropriado pelo capitalista. A isto, Marx chama de produção de Mais-Valia. Nas palavras de Frigotto (2008, p. 403), “uma apropriação indevida, um roubo legalizado”.

Vale ressaltar ainda que a relação social de compra e venda de força de trabalho não é comum a todos os períodos históricos e aos modos de se produzir em sociedade, muito menos, se constitui como uma lei da natureza. É, na verdade, elemento específico do capitalismo.

Como toda e qualquer mercadoria, a força de trabalho é, em primeiro lugar, valor de uso, relativo, grosso modo, às qualidades materiais e simbólicas de uma mercadoria; em segundo lugar, é valor de troca “uma relação quantitativa que pressupõe alguma substância comum, não perceptível empiricamente, de forma imediata” (CASTRO, 2008, p. 405). Ou seja, é o trabalho humano no seu duplo caráter: relativo ao valor de uso, trabalho concreto; relativo ao valor de troca, trabalho abstrato. Destaca-se que a força de trabalho se constitui enquanto unidade a partir do valor de uso e do valor de troca. Assim, o trabalho concreto não se extingue para surgir o trabalho abstrato: “O trabalho abstrato é a propriedade que adquire o trabalho humano quando é destinada a produção de mercadorias e, por isso, somente existe na produção de mercadorias” (CASTRO, 2008, p. 407).

Como valor de uso, o trabalho humano tem o sentido primeiro de produzir objetos que satisfaçam as necessidades humanas, em termos sócio-culturais e físico-materiais. A partir do entendimento desta dimensão do trabalho, conclui-se que a produção de campos do conhecimento, entre eles, a educação e a saúde são elementos constitutivos da sociabilidade humana.

Nesse sentido, tanto a educação como a saúde, não estão imunes às influências e luta de classes travada nas relações sociais de produção e, no capitalismo, a produção hegemônica de ambas acompanha as formas conjunturais de acumulação de capital. Nesses campos, as relações de trabalho, assim como a produção de serviços estão sujeitas ao projeto societário que se faz dominante. Segundo Paim:

A saúde, independentemente de qualquer definição idealista que lhe possa ser atribuída, é produto de condições objetivas de existência. Resulta das condições de vida – biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, p. 46)

A perspectiva desenvolvida por Arouca (2003) soma-se à perspectiva de Paim (1986), pois sua definição de cuidado em geral parte da relação que se estabelece entre saúde e

estrutura social, levando-o a definir aquele como um processo de trabalho composto pelas dimensões técnica e social.

[...] o cuidado médico<sup>7</sup> representa uma dupla característica, a primeira de ser um processo de trabalho que tem como objetivo a intervenção sobre os valores vitais (biológicos e psicológicos), e a segunda, ao atender necessidades humanas de ser uma unidade de troca à qual é atribuído, social e historicamente, um valor. (AROUCA, 2003, p. 220)

A partir dessa perspectiva, Arouca problematiza os valores de uso atribuídos à saúde e mostra como esses valores de uso (como as necessidades sociais) estão marcados e definidos pela luta e interesses das classes sociais.

No modo de produção capitalista, o mesmo cuidado não tem o mesmo significado diante das diferentes classes sociais. Assim, para o proletariado que vende sua força de trabalho, a manutenção e a recuperação de determinados valores vitais significa a manutenção do valor de troca de sua força de trabalho. Dessa maneira, se, imediatamente, a saúde significa um valor de uso para o seu detentor, imediatamente é transformado em valor de troca para a sua própria sobrevivência e, em valor de uso para o seu comprador, dentro do processo produtivo. Por outro lado, para as classes hegemônicas, essa mesma atividade médica resulta em um valor de uso que é colocado como corporificação do capital no processo de extração de mais valia. (AROUCA, 2003, p. 226)

Baseado nas perspectivas citadas acima, entendo que o modelo de produção de saúde que se faz hegemônico é produto de disputas e correlações de forças que se estabelecem no processo decisório, independente da instância, seja federal; estadual; municipal ou micro-local. Dessa forma, compreendo que as posições que se expressam nesses espaços de decisão e, por sua vez, de conflito refletem um antagonismo mais profundo: a luta entre as classes, constitutivas das relações sociais de produção capitalista.

Nas relações sociais de produção capitalista, as classes só existem em função da outra e o acúmulo de riqueza de uma depende da persistência da pobreza de outra. A partir desse antagonismo, as classes existem em permanente conflito, em permanente luta. É o produto dessa luta que desenha os caminhos e os descaminhos da história. Nas palavras de Marx e Engels (2006, p. 23), melhor dizendo, “A história de todas as sociedades que existiram até nossos dias tem sido a história das lutas de classes”.

Quando há na história da luta de classes um refluxo relativo às perspectivas revolucionárias de superação das atuais relações sociais de produção, a conjuntura tende a assumir um caráter que garanta a possibilidade para a ofensiva oposta, vinculadas à conservação e aprofundamento da exploração do trabalho de uma classe sobre a outra. Nesse sentido, as alterações ocorridas na relação entre capital e trabalho, com término do século

---

<sup>7</sup> A análise de Arouca centra-se no cuidado médico. No entanto, ao longo de seu trabalho infere-se que as suas reflexões são estendidas à saúde e, especificamente, ao trabalho na saúde de forma mais ampla.

passado e início do novo milênio, que revelaram uma nova roupagem de dominação capitalista baseada na “flexibilização” da produção e das relações de trabalho, expressam uma correlação de força nitidamente desfavorável à classe trabalhadora.

Refiro-me à metamorfose pela qual o mundo do trabalho vem passando no contexto da mundialização do capital, na qual predominam formas mais desregulamentadas das relações trabalhistas, cujas conseqüências podem ser enunciadas: na intensa redução dos empregos formais, no aligeiramento da formação, nos vínculos temporários etc; de modo a intensificar os níveis de exploração para aqueles que trabalham. Torna-se, assim, uma força de trabalho desprotegida dos direitos sociais anteriormente conquistados.

Esse horizonte teórico-político permite compreender as configurações que o trabalho em saúde pode assumir, assim como, as contradições e disputas que perpassam o trabalho e a formação dos agentes comunitários de saúde. Assim, percebe-se que o que se verifica na prática do trabalho do ACS tem origem em contextos maiores e gerais, isto é, toda esta particularidade da situação dos ACS está fundada numa totalidade.

Entendo que para compreender melhor essa questão se faz necessária uma breve exposição das recentes mutações do Estado capitalista, tendo em vista uma aproximação dos princípios teóricos e origens históricas que norteiam as transformações pelas quais passa o mundo do trabalho na atualidade e que fundamentam as questões relativas aos ACS.

### 3.2 AS MUTAÇÕES NO ESTADO CAPITALISTA: ADEQUAÇÕES NECESSÁRIAS À POLÍTICA DE PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO

*Após um longo período de acumulação de capitais, que ocorreu durante o apogeu do fordismo e da fase keynesiana, o capitalismo, a partir do início dos anos 1970, começou a dar sinais de um quadro crítico (ANTUNES, 2003, p. 36).*

O pensamento liberal do final do século XX, comumente denominado “neoliberalismo”, tem a ampla ofensiva de seu projeto a partir da crise global, explicitada com a crise do petróleo, em 1973, e a onda inflacionária que se seguiu na década de 1980, levando ao declínio do Estado de Bem-Estar Social (EBES)<sup>8</sup>, associado com o colapso das

---

<sup>8</sup> Segundo Werneck Vianna, “o Estado de bem-estar social consolida-se nas economias avançadas, malgrado diferenças não desprezíveis entre as trajetórias nacionais. Seus traços marcantes estão no papel desempenhado pelos fundos públicos no financiamento da reprodução da força de trabalho e no próprio capital, na emergência de sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados de políticas sociais (educação, saúde, previdência, etc) e na expansão do consumo de massa, padronizado, de bens e serviços coletivo” (VIANNA, 2000, p. 18).

experiências socialistas, simbolizado pela queda do muro de Berlim em 1989 (RIZZOTTO, 2008) e com o refluxo dos movimentos sociais e das perspectivas revolucionárias na luta de classes.

No entanto, o “neoliberalismo” surge enquanto teoria nos anos de 1940, sintetizado, principalmente, na obra do austríaco naturalizado inglês, Friedrich Hayek. No livro “O caminho da servidão”, esse autor critica de forma veemente o EBES, através da tese do “mau” funcionamento do Estado, evidenciado, segundo ele, na falta de eficiência e efetividade, no crescimento distorcido, nos altos custos operacionais e no excesso de endividamento público.

A perspectiva de sociabilidade e acumulação neoliberal abre caminho para que o sistema produtivo possa garantir ao capital a “flexibilidade” da qual necessitava para aproveitar as oportunidades de acumulação, onde quer que se encontre, seja no setor produtivo, seja no setor financeiro, seja até mesmo nos negócios do Estado.

Essa perspectiva vai diretamente de encontro com o modelo keynesiano/fordista, cuja base se assenta no fato do Estado assumir o papel de administrador da força de trabalho, que através de uma rede de serviços sociais buscava reduzir as desigualdades e o desemprego, ao mesmo tempo em que aumenta o controle social em relação à classe trabalhadora e promove o “distensionamento” entre as classes, através do pacto fordista<sup>9</sup>.

Com efeito, o pensamento neoliberal leva às últimas conseqüências a liberdade de curso do mercado, próprio do liberalismo de qualquer ordem, e opõe-se fortemente ao Estado “intervencionista”, em vigor na figura do EBES, propondo como alternativa e pressuposto para a democracia, o “Estado Mínimo”, que por sua vez, têm como linhas básicas à abertura comercial e financeira; o “equilíbrio” das contas públicas; a privatização das empresas estatais; e a “flexibilização” das formas de vínculo entre capital e trabalho. A existência de um “Estado Mínimo” para as áreas sociais está condicionada a existência de um “Estado Máximo” para garantir, inclusive militarmente, o distensionamento social e o avanço das políticas vinculadas ao projeto neoliberal de Estado<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> [...] Compromisso que podemos sintetizar, em linhas muito genéricas, da seguinte forma: os capitalistas não se preocupavam com os altos salários, desde que, obviamente, as centrais sindicais não tentassem limitar a acumulação e os lucros capitalistas. (DIAS, 1996, p. 15).

<sup>10</sup> Boito Junior (1999) desconstrói o discurso ideológico sobre a redução da intervenção estatal, no sentido de que o processo que vivemos no neoliberalismo, não se configura como uma simples redução da intervenção do estado na economia. Para esse autor pode-se falar em uma redução, mas ao mesmo tempo essa redução é acompanhada de uma reformulação do intervencionismo estatal. No seguinte sentido: “Em algumas áreas, como por exemplo, na esfera da produção de em e no âmbito do mercado da força de trabalho, poderemos falar, em consonância com o que afirmam os neoliberais, que ocorre, no geral, um recuo do papel do Estado. Em outras áreas, como na administração do câmbio, da dívida externa e dos juros, pode-se constatar, especialmente nos países latino-americanos, que os governos neoliberais promoveram uma intervenção de novo tipo do Estado na economia. Enquanto os salários dos trabalhadores foram desindexados, passando a flutuar livremente no mercado, a dívida externa foi estatizada por exigência e para garantia dos credores internacionais...” (BOITO JUNIOR, 1999, p. 28-29)

Percebam como o Estado, aparentemente neutro, está associado ao interesse de uma classe. Se fosse possível traduzir o projeto de Estado neoliberal numa simples equação, sem dúvida, elementos como os direitos trabalhistas e sociais estariam vinculados ao um sinal negativo, enquanto que a projeção de acúmulo de capital por parte da classe burguesa estaria ligada a um sinal de multiplicação.

Destaca-se, ainda sobre a compreensão do Estado vinculado ao projeto neoliberal, a necessidade de “afastamento” do setor produtivo, concentrando-o na função reguladora e na oferta de serviços básicos, como saúde e educação. Entretanto, a ação estatal no atendimento a necessidades sociais básicas é realizada de modo restrito, focalizado. Contudo, a focalização dos gastos públicos não seria, fundamentalmente, o seu direcionamento para as camadas populares, mas a sua concentração num piso mínimo e restrito de serviços. O Estado, por exemplo, deve apenas garantir o acesso à educação básica. Da mesma forma, os serviços públicos de saúde se reduzem a um cuidado mínimo, caracterizado por programas de baixo custo.

Nesse sentido, o pensamento neoliberal não entende as políticas sociais como direito, mas como ato de filantropia, dessa forma, a sociedade deve assumir parte desta responsabilidade, sendo representada nas ações das organizações não-governamentais e do voluntariado em geral.

Para os defensores do neoliberalismo, da mesma forma que a partir da década de 1940 determinados acontecimentos na economia global tinham alterado o contexto em que os Estados nacionais atuavam, exigindo uma ampliação das suas atribuições; a partir da década de 1970, os parâmetros de uma economia mundial globalizada estariam requerendo um novo Estado, mais eficiente e ágil, que se concentrasse nas tarefas básicas, necessárias à manutenção da ordem na sociedade. A mudança experimentada a partir da década de 1940 teria ocorrido, nos países centrais, para fazer frente às demandas do Estado de Bem-Estar Social e, nos países periféricos, para criar as condições estruturais e induzir o desenvolvimento econômico, necessário à expansão do capitalismo mundial. (RIZZOTTO, 2008, p. 276)

Com a crise do EBES nas décadas de 1970 e o fim do bloco socialista na década seguinte, abriu-se o “caminho da servidão” para o neoliberalismo. Dessa forma, este novo capítulo da história capitalista, denominado por alguns autores como “regime de acumulação flexível”, pode ser entendido como produto do refluxo dos movimentos sociais e das perspectivas revolucionárias na luta de classes.

Diante do quadro conjuntural do final dos anos 1980, alguns economistas liberais e representantes de organismos internacionais, entre eles o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Bando Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), reuniram-se em um encontro realizado em novembro de 1989, na cidade de Washington para definir as

linhas políticas-econômicas internacionais, que iriam subsidiar em preceitos as reformas de cunho neoliberal nos Estados Nacionais.

Tal encontro, que fica conhecido como Consenso de Washigton, se constituiu em referência para os governos que viriam a seguir, como o de Margaret Thatcher (Inglaterra/1979); Ronald Reagan (EUA/1980) e Helmut Kohl (Alemanha/1982) nos países dominantes. E na América Latina o pioneirismo fica por conta de Augusto Pinochet (Chile/1973), seguido por Jeffery Sachs (Bolívia/1985); Salinas de Gortari (México/1988); Carlos Menem (Argentina/1989) e, no Brasil, Fernando Collor de Mello em 1990.

Obviamente, a assimilação dos pressupostos neoliberais e, por conseguinte, o produto dessa assimilação se deu de forma diferenciada nos países periféricos em relação aos países centrais. Primeiro, porque nos países dominados jamais se vivenciou uma experiência plena de EBES, quiçá, uma experiência parcial. Um sistema de proteção social débil resiste menos a um desmonte do que outro, melhor estruturado e mais consistente. Segundo, a consistência da classe trabalhadora nos países dominantes – em parte, é verdade, alimentada pela exploração, através da Divisão Internacional do Trabalho (DIT), dos países periféricos – garantiu um enfrentamento aguçado e um acirramento da luta de classes capaz de frear, em certa medida, o avanço do projeto neoliberal.

No Brasil, a viabilização prática do receituário neoliberal é associada a um discurso, amplamente difundido, da necessidade de modernização do país, ou seja, para garantir a inserção no mundo globalizado não restaria outra saída ao Brasil, senão adotar medidas liberalizantes da economia e do Estado. O projeto neoliberal finca suas raízes no início da década de 1990 com o governo de Fernando Collor e é aprofundado no governo Fernando Henrique Cardoso, se consolidando, finalmente, nos anos 2000 com o governo Lula.

Curiosamente, a promulgação em 1988 da Nova Constituição Brasileira (CF/88), conhecida como “constituição cidadã”, posicionava o país na contramão do domínio neoliberal, pois dava destaque a direitos sociais que sofriam um processo de erosão nos demais países ocidentais. Com efeito, através do artigo 196 da Constituição Federal (1988): “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 33)

Criou-se, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto em grande parte das lutas travadas pelo Movimento Sanitarista Brasileiro composto em sua maioria por profissionais de saúde; usuários; políticos e movimentos sociais populares, cujo objetivo consistia em

promover a Reforma Sanitária no Brasil (RSB) e reestruturar o sistema de saúde, que se pretende universal e equânime. O marco deste movimento ocorreu em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, cujas propostas foram defendidas na Assembléia Nacional Constituinte criada em 1987.

No entanto, a assimilação aos pressupostos neoliberais pelo Estado Brasileiro faz com que a correlação de forças se torne desfavorável ao projeto de RSB proposto pelo Movimento Sanitarista, resultando num quadro bastante heterogêneo do setor saúde:

Ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo. (RIZZOTTO, 2008, p. 279)

É nesse contexto que se pode compreender e analisar a reestruturação produtiva, entendida como um conjunto de mudanças no âmbito da produção e do trabalho, através de inovações tecnológicas, de implementação de novos padrões de gestão e organização do trabalho (BORGES; DRUCK, 2002). No Brasil, os trabalhadores do setor saúde sofrem com as conseqüências de tais mudanças.

### 3.3 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO ACS COMO REFLEXO DE UM PROJETO SOCIETÁRIO

As reformas de Estado, cuja base neoliberal consistia na redução – sobretudo em relação à classe trabalhadora – da face pública e social do Estado brasileiro caminham de encontro com os componentes ético-políticos do SUS (universalidade, equidade e integralidade), no sentido da contenção de financiamento, inclusive, no que diz respeito à gestão de recursos humanos, gerando segundo Machado.C (apud MOROSINI, 2009, p. 37) “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”.

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. (MOROSINI, 2009, p. 39, grifo nosso)

A partir de meados da década de 1990, o avanço neoliberal no Brasil, gerou discussões em torno das reformas estruturais do Estado, através principalmente do já extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), que corroboraram a “flexibilização” da forma de vínculo de trabalho na administração pública, tendo como ápice a promulgação da Emenda Constitucional N° 19 de 1998.

Com isto, reforçou-se a compreensão de que a sujeição “estável” e “protegida” do trabalho ao capital deveria ser restrita apenas aos servidores públicos, que realizassem funções inerentes ao próprio Estado, isto é, funções consideradas do “núcleo estratégico” de Estado. Partindo desta perspectiva, a saúde é entendida como um setor não-exclusivo ao Estado, de modo que, passou-se a adotar no SUS a política da “flexibilização” e da precarização das relações de trabalho, aceitando diversas modalidades de vinculação.

Os aspectos apontados acima, que se referem aos vínculos de trabalho no setor público da área da saúde neste início de século, estão baseados na atual conjuntura de reestruturação produtiva revelando novos cenários de desemprego estrutural; desregulamentação social e da legislação do trabalho, entendidos pelo viés do capital como parte de um processo “flexível” de acumulação e, na perspectiva da classe trabalhadora, como um processo de precarização do trabalho, visto que implica na erosão de direitos trabalhistas anteriormente conquistados.

Conforme Mattoso (apud PIREZ, 2008), em termos genéricos, precarização do trabalho, refere-se a um conjunto amplo e variado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos trabalhadores e direitos trabalhistas, no contexto do processo de ruptura do modelo de desenvolvimento fordista e de emergência de um novo padrão produtivo.

Como já foi dito, a precarização do trabalho faz parte de um conjunto de tendências muito fortes da economia as quais, em última instância, decorrem do processo de globalização.

É na produção industrial e nos setores “de ponta” da economia que esse processo tem se manifestado com maior intensidade. Entretanto, tem afetado todos os setores da produção na sociedade, respeitando os limites da especificidade de cada setor. É notório no setor de serviços em geral e na saúde, em particular. Afinal, o setor saúde não somente não está à margem, como está no bojo das transformações do mundo do trabalho no âmbito público. Uma das mudanças recentes, na esfera do trabalho em saúde no Brasil, é o crescimento do

número de trabalhadores sem as garantias trabalhistas de que gozam os demais trabalhadores assalariados do SUS.

A tendência atual de contratação de trabalho no setor saúde está baseada na lógica da terceirização, indo além dos serviços gerais de limpeza, vigilância, alimentação, manutenção etc, já tradicionais, e atingindo, também, os serviços profissionais e técnicos de saúde, através de contratação para prestação de serviços em atividades típicas da área da saúde, por meio de entidades de direito privado.

A lógica da terceirização pode ser entendida como um processo em que as empresas externalizam, isto é, entregam a terceiros, parte das atividades necessárias ao processo produtivo, como por exemplo, a relação típica de contrato de trabalho – empregado versus empregador, visando, segundo a técnica administrativa que orienta esse processo, “alcançar maior qualidade” e reduzir custos.

No SUS, em 2003, o número total de trabalhadores precarizados era calculado em torno de 800 mil, correspondendo a quase 40% da força de trabalho no setor que é contratada por meio das mais diversas modalidades de relações precárias de trabalho que colocam em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social aqueles que prestam assistência à população (BRASIL, 2003).

Especificamente, na Estratégia Saúde da Família a tônica das formas de contratação obedecem à lógica de acumulação “flexível”, principalmente, através da terceirização.

A terceirização estaria intrinsecamente ligada a precarização do trabalho, pois tem acarretado: menores salários, diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários indiretos (assistência médico-odontológica, lazer, alimentação, moradia, transporte) e níveis mais altos de rotatividade. Um ponto destacado pelos sindicalistas, é que a terceirização tem provocado fragmentação e desmobilização dos trabalhadores, com perda de poder de barganha dos sindicatos: as negociações perdem seu caráter coletivo para tornarem-se localizadas e até mesmo individualizadas. (CHERCHGLIA, 1999, p. 382)

No ESF, mais especificamente, os Agentes Comunitários de Saúde sofrem mais com as condições e efeitos dessa precarização, dessemelhante em relação aos demais trabalhadores que compõem a equipe.

Ainda segundo Cherchglia (1999) com a flexibilização do trabalho, o mercado de trabalho tem caminhado no sentido de uma bifurcação.

Em uma ponta teríamos um núcleo de assalariados estáveis altamente qualificados e polivalentes, bem remunerados e bem protegidos. A flexibilidade seria entre diversas funções com conteúdos diferenciados”. No outro pólo da contradição, teríamos uma força de trabalho mais instável, com direitos trabalhistas reduzidos; com contratos de trabalho por tempo determinado ou parcial e “um crescente número de desempregados. (CHERCHGLIA, 1999, p. 368)

Podemos pensar, a partir da apresentação da autora, as relações de trabalho relacionadas aos médicos e os ACS na Saúde da Família. Os médicos e os ACS se moldam em pólos extremos de distinção no que diz respeito à precarização do trabalho. O primeiro, em virtude, tanto da demanda de médico generalista pelo PSF quanto pela ausência desse profissional no mercado, garantiu uma situação 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 (MOROSINI, 2009).

No que se refere à formação 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” (MOROSINI, 2009, p. 31).

Desse modo, a inserção facilitada deste trabalhador se constitui em quanto atrativo que pretende recompensar o vínculo indireto com as SMS, a mesma vinculação dos ACS, ao mesmo tempo em que garante a possibilidade de manutenção do modelo biomédico de atenção à saúde também no PSF, reproduzindo a hierarquização do processo e das relações de trabalho.

Já os ACS carregam na sua trajetória, entre PAS, PACS e PSF, mais de vinte anos de vínculo instável, formação aligeirada e baixos salários; do total de anos, quase quinze cumprindo um papel fundamental na principal política de reorganização da atenção básica no Brasil. E somente há oito anos é reconhecido legalmente enquanto profissão, embora isto não tenha garantido um vínculo estável à categoria; e somente há seis anos tem um referencial curricular coerente com a importância tão propalada deste trabalhador, embora isto não tenha garantido a viabilização prática das três etapas do curso previstas pelo referencial, com exceção do estado de Tocantins, que já formou uma turma, e a experiência em curso desenvolvida na EPSJV/FIOCRUZ.

A criação da SGTES em 2003, referida no primeiro capítulo, garantiu um debate intenso em relação à gestão do trabalho no SUS e a formação técnica e superior dos profissionais da saúde. No caso dos ACS, a Secretaria possibilitou a discussão em torno da inserção deste trabalhador no mundo do trabalho, do vínculo institucional e da formação dos agentes, produzindo instrumentos legais e normatizações que são, ainda hoje, objeto de reações e disputa (MOROSINI, 2009).

A pressão exercida pelo Ministério Público do Trabalho ao MS para que se regularizasse a seleção e a contratação dos ACS foi também fundamental, no que diz respeito

à configuração de uma conjuntura favorável ao debate e à produção de conhecimento voltada para a qualificação técnica dos agentes comunitários, para reafirmar a complexidade do trabalho desenvolvido por esse ator na reorientação da atenção básica, marcado pelo aspecto educativo e para, enfim, corroborar a necessidade de seleção pública convencional que garante o vínculo de trabalho estável e direitos trabalhistas conquistados em anos de luta pela classe trabalhadora.

Entretanto, apesar dos fatos apontados acima, a disputa em torno dos aspectos correspondentes aos agentes comunitários de saúde está longe de se extinguir. O governo Lula (2003-2010) ainda que tenha possibilitado avanços na área da gestão do trabalho em saúde, como a criação do programa “Desprecariza SUS”, não rompeu com o modelo econômico neoliberal, ao contrário, aprofundou-o. Portanto, o trabalho informal, a subcontratação, a terceirização e a formação aligeirada estão presentes e, além, ganharam sobrevida no campo do Trabalho, da Educação e da Saúde.

No caso dos ACS, a história e a realidade atual nos revela um processo agudo de precarização do trabalho que, entre outros aspectos, tem na lógica de terceirização das relações de trabalho uma importante âncora. No entanto, tanto a precarização geral do trabalho, quanto especificamente a terceirização não devem ser entendidas como um simples descumprimento negligente da legislação, por parte das Secretarias Municipais de Saúde. Muito além disso, o vínculo indireto e a formação aligeirada estão baseados numa compreensão simplificada do trabalho realizado pelo agente, que diz respeito a uma concepção do perfil social do ACS.

Essas práticas, muito além de negligências ou imprudências, são posições políticas, defendidas por diversos sujeitos coletivos nos espaços de disputa. Tais posicionamentos, de caráter mais ideológicos, somados aos enfatizados argumentos, supostamente restritos à área da gestão, como a Lei de Responsabilidade Fiscal, respaldam as ações dos gestores municipais.

Durante um certo tempo, o MS foi um dos sujeitos coletivos que contribuíram de modo considerável à tese que justifica o vínculo indireto dos ACS, fundamentada na compreensão do perfil social dos agentes. No próximo capítulo, buscarei analisar um documento publicado pelo Ministério da Saúde, em Janeiro de 2002, que teve o intuito de sugerir uma forma de contratação indireta dos ACS pelas prefeituras que contemplasse os direitos trabalhistas da categoria.

#### **4 “MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM PACTO TRIPARTITE” – BASE CONCEITUAL PARA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS ACS**

Procurar compreender a realidade de forma não-linear nos permite vislumbrar a existência de sujeitos coletivos e espaços de deliberação em permanente disputa. Nesse sentido, ao passo que o momento recente foi favorável à possibilidade de corroborar a complexidade do trabalho do agente, foi também durante esse momento, que permaneceu e revigorou a tese do trabalho do ACS como trabalho simples. Obviamente, essa perspectiva

não está explicitada nesses termos, mas dá respaldo aos argumentos e às práticas contrárias à complexificação da formação técnica do agente e a sua vinculação institucional direta com as Secretarias Municipais de Saúde, por meio de processo seletivo público convencional.

Nessa perspectiva, o documento “Modalidade de contratação de Agente Comunitário de Saúde: um pacto tripartite” é um importante material elaborado pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, com o intuito de fornecer respaldo aos gestores municipais na contratação dos ACS. Segundo o próprio documento, esta publicação tem o objetivo de possibilitar a contratação de agentes comunitários pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e garantir “os direitos destes milhares de homens e mulheres que prestam serviços às suas comunidades” (BRASIL, 2002b, p.5).

A pretensão deste documento é orientar os senhores Prefeitos Municipais sobre uma forma segura e correta de contratar os ACS. Tal não significa uma imposição por parte do Ministério da Saúde, ao contrário, é tão-somente a demonstração que o modelo pode funcionar muito bem, sem riscos jurídicos, sob uma determinada moldura institucional, como aqui se verá. O que se ensina neste documento é uma forma segura de realizar a contratação, mas que será, sempre, responsabilidade e livre opção das municipalidades, mercê de sua autonomia administrativa. (BRASIL, 2002b, p. 7)

O documento, datado de início de 2002, ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso, surge da necessidade de se padronizar as múltiplas formas de contratação dos ACS pelas secretarias municipais de saúde – como os contratos temporários, cooperativados, autônomos, dentre outros (BRASIL, 2002b) –, apontando como alternativa os Termos de Parceria com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs.

À época, o Ministério da Saúde entendia que a condição de viver na comunidade em que trabalha exigiria ao agente um tratamento diferenciado no momento de sua contratação. Por isso, a seleção pública convencional foi descartada como forma de contratação adequada aos ACS. Ao mesmo tempo, tinha-se a preocupação de garantir à categoria direitos constitucionais fundamentais aos trabalhadores. No entanto, a Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita os gastos com a folha salarial no setor público, tornaria inviável a contratação direta com as SMS.

Sendo assim, esse documento, repito, teve como propósito construir uma solução adequada e viável para a forma de contratação dos agentes. Durante a leitura do texto, fica claro que o determinante para a forma adequada de contratação dos agentes é a perspectiva de perfil social do ACS. Segundo Morosini (2009), a concepção sobre o trabalho do ACS que orienta o documento em questão é a mesma do texto A Vinculação Institucional de um

Trabalhador *Sui Generis* – o agente comunitário de saúde, de Nogueira, Silva e Ramos (2000).

Aqui, nos ateremos somente ao documento oficial, embora a publicação de Nogueira, Silva e Ramos (2000) tenha sistematizado essa concepção e, inclusive, subsidiado o documento do MS<sup>11</sup>.

O texto em análise é dividido em duas partes, mais os anexos de documentos. A primeira parte denominada considerações jurídicas é suficiente para embasar a discussão que pretendo estabelecer.

Analisarei o documento (BRASIL, 2002b) sob três eixos: o perfil social dos ACS; o terceiro setor como alternativa adequada e os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Ao fim, apontarei algumas considerações.

- Primeiro eixo: o perfil social dos ACS

Segundo o texto “O ACS é um profissional *sui generis*. Oriundo da comunidade, como alude a sua denominação, deve exercer uma liderança entre os seus pares, apresentando um perfil distinto do servidor público clássico” (p. 9).

Mas em que consiste este perfil? Quais são as características que o compõem “São fundamentais os aspectos de solidariedade e liderança, a necessidade de residir na própria comunidade e o conhecimento da realidade social que o cerca” (p. 9).

De acordo com o exposto no texto, esta especificidade da categoria é responsável pelas dificuldades existentes na forma adequada de contratação dos agentes. Adequada porque, sendo distinto do servidor público clássico, o ACS não poderia ser contratado por seleção pública convencional e isto rendeu uma diversidade de formas de contratação que não garantem os direitos sociais desses trabalhadores.

Se assim não fosse, não haveria qualquer dúvida de que os ACSs 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, inclusive estabilidade e regime disciplinar específico. (BRASIL, 2002b, p. 9)

Como já foi dito, é evidente que, segundo o documento, o que impossibilita a vinculação institucional dos ACS por meio de regime estatutário ou celetista é o seu perfil social, cujas características o texto acrescenta: “o ACS tem uma missão básica de execução de

---

<sup>11</sup> Para saber mais sobre o texto A Vinculação Institucional de um Trabalhador *Sui Generis* – o agente comunitário de saúde, de Nogueira, Silva e Ramos (2000) ver dissertação de mestrado de Márcia Valéria Morosini.

atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito da comunidade em que reside, e na qual tenha liderança e possa manifestar solidariedade” (p.9).

Ainda sobre as características dos agentes, o documento elucida que “o mesmo deverá ser uma pessoa confiável, bem conceituada na comunidade, amena no trato, com acesso às residências, como se fosse alguém da própria família, de forma a servir de elo entre a comunidade e as equipes técnicas de saúde da família” (p.9).

Ao mesmo tempo, o MS reconhece a necessidade de garantir a estes trabalhadores direitos sociais presentes na Constituição Federal “tais como décimo terceiro salário, férias remuneradas, benefícios previdenciários, repouso semanal remunerado, dentre outros, (que) devem ser atribuídos aos ACS” (p. 10).

À época (e até hoje em alguns municípios), os ACS eram contratados por meio de múltiplas formas de relação trabalhista, inclusive como autônomo e por contratos temporários. Desse modo, esse documento pretendia ser uma referência em torno de uma única forma de contratação que garantisse os devidos direitos sociais à categoria e conciliasse com as circunstâncias criadas a partir do perfil social específico dos agentes.

A passagem a seguir traduz a intenção geral em garantir os direitos trabalhistas: “esses direitos são correlatos a uma situação funcional permanente, o que afastará as figuras temporárias e autônomas como adequadas à solução deste quadro” (p. 10).

Novamente, segundo o documento, o perfil social dos ACS não permite que eles mantenham vínculo institucional direto com as secretarias municipais de saúde por meio de regime estatutário ou celetista. Conseqüentemente, esses trabalhadores não devem ser selecionados por concurso público convencional, pois igualmente essa forma de seleção não dá conta da especificidade dos agentes.

Por natural, não se deve cogitar de uma livre escolha, sem qualquer procedimento prévio seletivo. Por outro lado, não seria recomendável o procedimento clássico do concurso público, no qual se apura somente o conhecimento do candidato. Portanto, deve-se caminhar para uma solução intermediária, na qual se realiza um processo seletivo público, mediante requisitos estabelecidos em edital, mas que devem valorizar, à exaustão, a comprovação dos critérios de liderança e solidariedade, imprescindíveis para o exercício dos ACS, a par de sua capacidade para o aprendizado e responsabilidade no desenvolvimento de suas tarefas. (BRASIL, 2002b, p. 10)

Tendo em vista o caráter do vínculo que irá se estabelecer, o concurso público se tornaria inadequado. Dessa forma, processo seletivo deveria levar em consideração as características fundamentais para realização do trabalho do ACS.

[...] não interessa ao Programa o surgimento de ACS com o perfil de servidores públicos burocratizados, com estabilidade no serviço público ainda que percam os

requisitos essenciais de liderança e solidariedade ou até mesmo se mudem daquela comunidade, perecendo o elemento identificador de sua legitimidade na respectiva comunidade. (BRASIL, 2002b, p.10)

O texto afirma que o que constitui a especificidade do ACS, o diferenciando do perfil clássico do servidor público, é a sua origem comunitária e seus aspectos fundamentais de solidariedade e liderança. Essas características, que compõem o perfil social dos agentes, estão articuladas com uma das atividades de atuação dos ACS, segundo o Decreto Federal 3.189, de 4 de outubro de 1999, que consiste em “participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida” (BRASIL, 1999). É quase que obrigatória a presença de expressões como “elo” e “ponte” em publicações que façam referência ao papel dos ACS, associadas, principalmente, ao termo “mediador”.

Analisando: solidariedade, como elo ou ponte, para mediar. Em primeiro lugar, a ênfase do documento na questão da solidariedade nos remete a uma necessidade imediata de enfrentar dificuldades. A compreensão da realidade no modo de produção capitalista, como já foi discutido no segundo capítulo desse trabalho, nos faz concluir que, numa sociedade como a nossa, em geral, as “dificuldades” estão marcadas por um corte de classe e, mais, são produzidas pela lógica da desigualdade econômico-social.

Para sobreviver e conviver com estas dificuldades é preciso ajuda e solidariedade. Nesse sentido, a dificuldade está associada à pobreza; a solidariedade está associada à dificuldade. Assim sendo, a solidariedade está também associada à pobreza. Isso nos faz concluir que a importância do trabalho do ACS está vinculada a espaços-populações de pobreza, o que vai de encontro com os propósitos da ESF, no sentido de fortalecer a lógica da focalização da atenção à saúde e descartar o importante papel da estratégia na reorientação da atenção básica.

Outro indício importante que comprova o caráter de focalização da ESF, no documento, é a preocupação do MS com a possibilidade do ACS mudar de residência, caso seja um servidor público convencional. Sem dúvida, a probabilidade de mudança de residência é maior quando se trata de um espaço empobrecido.

Em segundo lugar, o texto promove a naturalização do processo histórico e da realidade vigente, ao dar destaque às atividades dos ACS relacionadas com a questão da mediação. Novamente, conforme os propósitos da ESF se tem a pretensão de que com programas de saúde comunitária se construa uma relação mais direta entre os serviços de saúde e a comunidade, não havendo, portanto, a necessidade em longo prazo de um exclusivo

“mediador”. Absolutamente, com isto, não quero tornar a figura do ACS transitória, afinal em última instância, isso justificaria o vínculo instável e a formação aligeirada. Quero dizer, ao contrário do texto, que os aspectos fundamentais dos ACS não podem estar, principalmente, voltados para mediação.

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. (MOROSINI, 2009, p. 160)

Outra forma de naturalização conjuga os aspectos da mediação e da solidariedade. Se se parte do princípio de que esses dois aspectos são centrais na composição do perfil social dos ACS, por tudo que já foi dito, conclui-se que a realidade e, sobretudo, o que produz essa realidade devem ser mantidos, conservados, isto é, sem nenhuma possibilidade de transformação histórica.

- Segundo eixo: o “terceiro setor” como alternativa adequada

Dado o caráter impróprio das possibilidades de contratação direta com a SMS, seja por cargo público efetivo, emprego público ou cargo comissionado, tem-se como alternativa a contratação indireta mediante entidades de direito privado. No entanto, “a simples terceirização, por meio de contrato precedido de licitação para uma empresa fornecedora de mão-de-obra, é inviável por ser inadmissível para o MPT, que considera ilegal este tipo de terceirização para atividades finalísticas do Poder Público” (p.11). Ao mesmo tempo, “o convênio com entidade privada sem fins lucrativos pode se dar, mas o Ministério Público do Trabalho não recomenda esta solução” (p.11). Afinal, “o mero convênio, sem maiores cautelas, poderia ser considerado como uma forma de terceirização comum, simples fornecimento de mão-de-obra, o que não se tolera” (p.11).

Isto é, se para o texto, a única forma adequada de contratação dos agentes é mediante entidades de direito privado, ou seja, uma contratação indireta; e se as formas simples de terceirização são mal vistas pelo MPT, eis que surge como solução lógica, a complexa terceirização. Nos termos do documento:

Daí o amparo concedido à figura do termo de parceria, a ser celebrado entre o Município e uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criada na forma da Lei n.º 9.790/99. Nessa hipótese, não há uma terceirização das atividades, mas sim uma comunhão de esforços entre o Poder Público e a entidade

do terceiro setor, para, em conjunto, implementarem o Programa. A OSCIP é, portanto, parceira do Poder Público, e entre as suas responsabilidades, bem delineadas no respectivo Termo, está a contratação dos ACS, para a execução em comum do Programa. (BRASIL, 2002b, p. 11)

O texto entende o “terceiro setor” como um “conjunto das entidades da sociedade civil, devidamente organizadas, sob critérios específicos, para o desenvolvimento de ações de interesse público” (p.12). Reforça a tese de que o interesse público não é monopólio do Estado, cabendo, tanto ao poder público quanto a entidades não estatais, o papel de execução de políticas públicas voltadas para o coletivo. Aponta as resistências em torno deste mecanismo (terceiro setor) e também a penetração nacional desse movimento, considerado universal, tendo em vista sua expansão pelo mundo.

As OSCIP se deflagram no Brasil a partir da Lei nº 9.790/99, também denominada Lei do Terceiro Setor, que garante às entidades sem fins lucrativos de direito privado (associações, sociedades civis e fundações) a possibilidade de serem qualificadas pelo Poder Público como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP.

A OSCIP conceitua-se como 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 públicos para o desenvolvimento de suas atividades de interesse público, sem desnaturar o seu caráter de gestão privada. (BRASIL, 2002b, p.12)

A partir da década de 90, o “terceiro setor”<sup>12</sup> é cada vez mais utilizado em convênios e parcerias com o Poder Público. Leis e decretos apenas regulamentam em legislação uma prática concreta e de repertório extenso. No documento, para corroborar a importância do terceiro setor, utiliza-se a fala de um integrante do Poder judiciário, transcrita a seguir:

Portanto, ante a deficiência do Estado na gerência da coisa pública e a crescente necessidade de redefinir sua estrutura, posição e forma de atividade, o terceiro setor compreende um importantíssimo segmento social que deve desenvolver sua capacidade de intervenção no Estado, colaborando para que consigamos proceder a

---

<sup>12</sup> “É nesse contexto que surgem os clamores pela participação do chamado terceiro setor. Este foi apresentado como uma outra esfera da vida em sociedade, diferente do Estado e do mercado. Sendo, de acordo com a visão de mundo liberal, o primeiro (o Estado) o lugar da política, e o segundo (o mercado) o da economia, a sociedade civil ou “terceiro setor” seria o espaço do social, das relações sociais baseadas na solidariedade e no altruísmo, que promoveria a participação da “comunidade”. Estão incluídas no chamado “terceiro setor” organizações não-governamentais (ONGs), instituições filantrópicas, fundações empresariais e associações comunitárias. O que elas têm em comum é o fato de serem não-lucrativas e estarem na sociedade civil (BRESSER PEREIRA e GRAU, 1999; CARDOSO, 2000). A esse chamado “terceiro setor” caberia a implementação das políticas públicas, já que tanto o Estado, na fase keynesiana, quanto o mercado, no neoliberalismo “mais radical”, fracassaram, ao passo que a “sociedade civil” poderia ser mais eficaz que esses dois outros setores, por não estar presa ao autoritarismo, como o Estado, e não buscar o lucro, como o mercado (BRESSER PEREIRA e GRAU, 1999; CARDOSO, 2000)”

uma legítima e verdadeira reforma administrativa e conseqüentemente implantar eficientes políticas públicas. (SANTOS apud BRASIL 2002b, p. 12).

Com o intuito de legitimar a especificidade da relação que irá se estabelecer entre o Poder Público e as OSCIP, o texto se embasa no art 9º da Lei n.º 9.790/99 que institui como instrumento regulador desta relação o Termo de Parceria, que consiste num “ajuste bilateral entre o Poder Público e a entidade privada para a consecução de finalidades comuns” (p.13), pautado numa relação de cooperação entre ambos, tendo em vista o caráter voltado para o interesse público.

No caso da problemática em torno da contratação dos ACS, as OSCIP surgem como solução apropriada, tendo em vista que seu regimento jurídico é de direito privado e, portanto, as relações trabalhistas entre empregador e empregado são regidas por CLT, além disso, para seleção de trabalhadores, não há obrigatoriedade de realizar concurso público.

O texto sugere que a forma adequada de contratação de ACS é através do Termo de Parceria entre as SMS e as OSCIP, respeitando o perfil social dos ACS e a garantia dos direitos trabalhistas da categoria. Embora o documento busque forjar outra denominação para este mecanismo, afirmando não se tratar de uma simples terceirização, o fato é que, simples ou complexa, trata-se de uma forma de terceirização.

Recuperando a discussão iniciada no segundo capítulo, a terceirização pode ser entendida como um processo em que as empresas externalizam, isto é, entregam a terceiros, parte das atividades necessárias ao processo produtivo, como por exemplo, a relação típica de contrato de trabalho – empregado versus empregador.

No documento, desde o título, percebe-se essa característica, fundamental da terceirização, de externalizar as relações trabalhistas: “Modalidade de contratação de ACS: um pacto tripartite”. Ora, o título da publicação cria uma expectativa no leitor em relação a uma forma específica de contratação de ACS baseada num contrato entre três partes.

Sendo assim, sem qualquer dúvida, o que o MS indica aos gestores municipais com a finalidade de adequar as formas de contratação dos ACS está baseado na lógica de terceirização. Essa prática tem sido a tendência atual de contratação, na área da saúde, para prestação de serviços em atividades típicas do setor, como o caso dos ACS.

- Terceiro eixo: os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal

Segundo o texto, “outra grande vantagem” (p. 15) na contratação de ACS por meio das OSCIP, diz respeito ao cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal por parte dos

municípios. Como explica o texto “a contratação direta pelo Poder Público, a qualquer título, importa em incidência dos limites estabelecidos pela Lei Complementar n.º 101/2000, para as despesas com pessoal” (p. 15).

Ao contrário do que se pode pensar, as despesas das OSCIP com força de trabalho serão devidamente custeadas pelos municípios. O que ocorre é que esses gastos não serão computados como recursos investidos em “despesas de pessoal das prefeituras” (p. 15). O valor repassado pela União, para o custeio do programa, será diretamente encaminhado pelas prefeituras às OSCIP, sem serem calculados como gastos que incidem sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Sendo assim, os gastos dos municípios com força de trabalho na estratégia saúde da família existem, apesar de não incidirem sobre o limite de 60% da Receita Corrente Líquida.

- Considerações:

Segundo o documento, as questões de seleção e de vínculo institucional dos ACS, dificultadas por conta da especificidade do perfil social dos agentes, são solucionadas através do Termo de Parceria entre a SMS e as OSCIP. Os ACS teriam uma única forma de seleção e vínculo, garantindo os direitos constitucionais do trabalhador e, mesmo assim, os municípios não precisariam realizar concurso público e, tampouco, os ACS seriam servidores públicos municipais.

Dessa forma, o MS acreditava resolver um aspecto da questão da precariedade do trabalho dos ACS. Sim, pois, com a unificação dos vínculos, por meio das OSCIP, os ACS teriam garantidos os seus direitos trabalhistas e não seria preciso realizar contratação direta pelas prefeituras, o que segundo o documento, é inadequado diante do caráter do trabalho do ACS.

No entanto, isso demonstra uma “incompreensão” por parte do então MS em relação ao fenômeno da precarização do trabalho. Para o Ministério, o problema da precariedade se torna inexistente quando se padroniza os vínculos de acordo com o regimento da CLT. Entretanto, segundo Cherchglia:

A terceirização estaria intrinsecamente ligada a precarização do trabalho, pois tem acarretado: menores salários, diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários indiretos (assistência médico-odontológica, lazer, alimentação, moradia, transporte) e níveis mais altos de rotatividade. (CHERCHGLIA, 1999, p. 382)

Uma prova da associação direta entre terceirização das relações de trabalho e precarização do trabalho é a intensa luta organizada dos trabalhadores, no sentido de superar essa condição. No caso dos ACS, o produto dessa luta está materializado na aprovação da Emenda Constitucional 51, que modifica o parágrafo quarto do Art. 1º do art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre a contratação direta dos ACS pela SMS.

Com a mudança de gestão no Ministério da Saúde, em janeiro de 2003, o documento em análise teve pouca repercussão. Entretanto, a ideologia vinculada neste documento permanece viva e, inclusive, continua orientando a forma de contratação dos ACS em diversos municípios do Brasil, como é o caso do Rio de Janeiro.

Essa prática está respaldada, principalmente, por uma “brecha” na legislação. Ao invés de “deverão”, a redação do parágrafo quarto<sup>13</sup> do art. 198 da Constituição contém a expressão “poderão”. Obviamente, entre “deverão” e “poderão” existe um abismo, onde florescem as mais diversas formas de contratação indireta dos ACS.

Desse modo, compreende-se a importância e atualidade de uma organização dos trabalhadores ativa nos espaços de disputa, em torno de um projeto que avance na superação das contradições em relação à realidade atual do mundo do trabalho. Nesta disputa entre contrários, do processo de correlação de forças, pode resultar, no caso do ACS, a transformação das atuais condições de inserção no trabalho e de vinculação institucional desse trabalhador.

Em um município como o Rio de Janeiro, em que a contratação indireta ganhou sobrevida com a criação e regulamentação das Organizações Sociais (OS), a luta dos trabalhadores, mais do que importante, é necessária.

---

<sup>13</sup> § 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, 2006, grifo nosso)

## **5 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO ACS, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, SOB A PERSPECTIVA DA SINDACS-RJ**

O documento “Modalidade de contratação de Agente Comunitário de Saúde: um pacto tripartite” não tem poder de decreto, tampouco, de lei. Ainda assim, é um documento muito importante para a discussão sobre o vínculo institucional dos ACS e seu perfil social, afinal o conteúdo veiculado no documento correspondeu às expectativas do então MS e serviu, e ainda serve de referência para as escolhas, orientações e práticas políticas dos gestores municipais na forma de contratação de ACS.

É o caso do município do Rio de Janeiro que, desde 2008, contrata, não somente os ACS, mas todos os profissionais do ESF por meio de parcerias com Organizações Sociais (OS), bastante semelhantes às OSCIP. Antes, os vínculos eram mediados por organizações não governamentais (ONG), sem serem qualificadas como OS, e, segundo a própria prefeitura, a ausência de padrões nos vínculos, nos recursos e na forma de gerir o processo de trabalho fizeram com que se repensasse esse projeto, adotando as OS como alternativa.

Nesse trabalho, não me debruçarei sobre as nuances em torno da condição de OS/OSCIP ou de ONG. Apenas destaco que a diferença maior consiste na qualificação por

parte do poder executivo de uma entidade não-lucrativa de direito privado, que deixa de ser somente uma ONG e passa a ser uma OS/OSCIP. Assim, toda OS é uma ONG, mas nem toda ONG é uma OS. Vale ressaltar, no entanto, que qualquer diferenciação entre essas duas condições é mero detalhe, afinal ambas estão fundadas na lógica do terceiro setor e, na prática, desempenham o mesmo papel, qual seja: precarização das condições e relações de trabalho.

Como vimos, o protagonismo do terceiro setor está diretamente associado ao projeto de Estado neoliberal, no sentido de reafirmar a compreensão de que o Estado é ineficaz na condução das políticas públicas. Para suprir essa deficiência, organiza-se o conjunto das entidades não-lucrativas de direito privado, sob critérios específicos, para o desenvolvimento de ações de interesse público.

Essa concepção de Estado está explícita no referido documento e é praticada, com as especificidades do real, no município do Rio de Janeiro. A prova dessa semelhança de origem e de como a prefeitura do Rio se embasa no documento em questão é a proximidade entre a Lei nº 9.790/99, que cria e regulamenta as OSCIP a nível federal e o Decreto n.º 30.780, de 2 de junho de 2009, que regulamenta a Lei Municipal nº 5026, de 19 de maio de 2009, sobre a qualificação de entidades não-lucrativas de direito privado como Organizações Sociais (OS).

Neste capítulo, buscarei apresentar, por meio de entrevistas com dois dirigentes sindicais dos ACS no Rio de Janeiro, a realidade atual do município, referente ao trabalho, a vinculação institucional e a formação dos agentes.

## 5.1 A ENTREVISTA

Seguindo o percurso de discussão que orienta esse trabalho, comecei perguntando aos dois dirigentes entrevistados sobre a avaliação do SINDACS/RJ<sup>14</sup> em relação ao trabalho desempenhado pelo ACS e se esse trabalho é valorizado pela SMS. Ambos responderam que o trabalho do ACS junto à gestão municipal é de suma importância e que, nesses últimos anos, eles (ACS) conseguiram contribuir no fortalecimento da atenção básica no município. De acordo com dirigente 01, está condicionada a uma forma de ver o trabalho do ACS.

Se você for ver o trabalho do agente comunitário, não só como muitos querem que sejam como um marcador de consulta, mas como sendo uma coisa bem ampla, um mobilizador social, uma pessoa crítica, que faça com que a pessoas que ele

---

<sup>14</sup> AMACS é a Associação Municipal dos Agentes Comunitários de Saúde e SINDACS é o Sindicato Municipal dos Agentes Comunitários de Saúde. No Rio de Janeiro, ambos têm a mesma direção, mas são juridicamente distintas. Aqui, trabalharei com o SINDACS.

acompanhe também se tornem críticas, em busca de sua cidadania e dos seus direitos (Informação Verbal)<sup>15</sup>

Entretanto, na perspectiva do sindicato, o trabalho do ACS não é tão valorizado quanto deveria. Para eles, “a importância desse trabalho é muito falada no papel, mas na prática não dá o resultado que a gente espera”<sup>16</sup>. Essa realidade provoca diversos problemas, “como alguns colegas que não têm estímulo nenhum e abandonam o trabalho”<sup>17</sup>.

Por meio das falas iniciais podemos reconstruir uma contradição, já apresentada nesse trabalho, entre, de um lado, o discurso oficial – e quase unânime – que reafirma a importância e a complexidade das atividades atribuídas aos ACS e, do outro, a formação que lhe vem sendo oferecida – por muito tempo realizada em serviço –, somada às formas de contratação praticadas pelos municípios (MOROSINI, 2009) e, acrescida, por fim, ao processo de trabalho marcado por desvios de função e racionalização do trabalho.

Tendo em vista as questões que eles levantaram a partir dessa primeira pergunta, questionei-os sobre o cotidiano do trabalho dos ACS. A resposta contemplou dois aspectos. O primeiro diz respeito ao desvio de função que ocorre em relação ao trabalho do ACS, deslocando-o da dimensão educativa e transformadora e alocando em funções burocráticas e simplistas.

Uma coisa que eu estou criticando muito é que a gente está muito focado dentro do módulo. A gente tem dez turmas de trabalho, das dez, cinco a gente está usando pra ficar aqui dentro fazendo coisas burocráticas. Duas equipes e meia que sobra pra fazer o trabalho do agente comunitário, que é que está dentro da comunidade fazendo seu trabalho bem amplo. Isso é uma coisa que me preocupa muito hoje (Informação Verbal).<sup>18</sup>

O segundo aspecto está relacionado com o desgaste provocado pelo sobrecarga de trabalho. Hoje, no município, somente um ACS é responsável por 300 famílias, o que em número de usuários individuais atinge 5000/6000.

Com a criação das clínicas da Família, tem locais que tem ACS atendendo 300 famílias. E durante um mês, você atender 150 às vezes não dá conta. Então o que está acontecendo com isso? O trabalho do ACS tem sido desgastante, é um trabalho que o ACS não consegue estar cumprindo todas as suas metas (Informação verbal)<sup>19</sup>.

Os dirigentes também falaram sobre as condições materiais que fomentam seu processo de trabalho. O dirigente 02 sintetiza a situação:

---

<sup>15</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 1.

<sup>16</sup> IDEM

<sup>17</sup> IDEM

<sup>18</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 1.

<sup>19</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 2

Até hoje nós não temos protetor solar; a capa de chuva que dão pra gente é um dos piores materiais, que com um ou dois meses, em períodos de chuva, você rasga. Você não tem um fardamento adequado. Nós, por exemplo, lá na minha área programática, nós recebemos duas camisas dessas de manga e uma sem manga até hoje, só. Mais um jaleco e um sapato. Mas duas camisas dessa só pra você trabalhar durante o ano, não dá. Então, você tem que estar usando outro tipo de roupa, de preferência branco. O único equipamento que eu tenho até hoje é o chapéu, o boné. Mais nenhum (Informação verbal)<sup>20</sup>

O outro dirigente acrescenta informações relacionadas às condições materiais e afirma que o protetor solar, inclusive, faz parte da pauta de luta do SINDACS/RJ.

Protetor solar a gente nunca recebeu. É uma briga nossa do sindicato. Essa OS, que está aqui agora falou que já comprou um “tubão” que vai ficar na unidade, mas esse tubo nunca chegou. Tem também a questão do crachá. Nós estamos nessa OS desde fevereiro, tem 11 meses. Dia 1º de fevereiro que nós entramos e até hoje não recebemos crachá. É importante porque você circula pela comunidade. Pra quem te conhece não tem problema nenhum. Hoje em dia, na situação que a gente está vivendo aqui dentro, com polícia e exército, isso implica muito para o trabalho e complica muito não ter crachá. Também têm situações de colegas que estão andando muito mais que andavam, porque agora tem essa coisa das clínicas da família. As unidades eram dentro das comunidades, agora estão concentrando em alguns pontos. Então a distância percorrida pra chegar à micro-área, da casa pra clínica e da clínica para micro-área, são bem grandes. E ninguém ganha vale transporte, ninguém tem transporte pra levar e, ainda assim, te cobram a mesma produção. Isso é também uma situação de trabalho bem ruim (Informação verbal)<sup>21</sup>

O desvio de função e a sobrecarga de trabalho são dois elementos centrais na composição da “flexibilização” das relações trabalhistas, evidenciando a associação direta entre a realidade dos ACS e os preceitos do modelo de acumulação “flexível”, apresentado no 2º capítulo deste trabalho.

Mais uma vez, fica evidenciada a compreensão simplificada, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, em relação ao trabalho realizado pelos agentes, no caso, a partir da insuficiência das condições materiais de trabalho. A conformação de um trabalho complexo não tem nas condições materiais de trabalho um elemento determinante, mas, tampouco, é um aspecto desprezível. A complexidade do trabalho é definida por uma conjugação de fatores e, com a devida proporção, as condições materiais se constituem como um dos importantes.

Em ambas as falas, os ACS tecem comentários sobre a nova política adotada pela gestão municipal, a Saúde Presente, no qual as Clínicas da Família surgem como o maior destaque.

Hoje, o governo atual e a Secretaria de Saúde, ela tem a visão de aumentar mais o atendimento. Só que eles inverteram. Eles estão tirando de dentro das comunidades e colocando ao seu entorno; e para certas comunidades isso criou dificuldades. Por exemplo, nós temos, lá em Padre Miguel, uma comunidade chamada Vila Vintém, de onde se tirou, por causa da violência, um módulo que era no meio da comunidade, onde atendia tanto um lado quanto o outro e se trouxe ele mais para

---

<sup>20</sup> IDEM

<sup>21</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 1.

ponta. Só que a comunidade de Vila Vintém pega de Padre Miguel a Realengo. Então, automaticamente, quem ficou no extremo está desassistido. Até mesmo para o próprio ACS que vinha do módulo dele em Padre Miguel e depois tinha que cobrir a área dele em Realengo fica difícil (Informação verbal)<sup>22</sup>.

Aqui, não tenho a pretensão de analisar a questão da Clínica da Família, pois não tenho condições de tecer análises sem um embasamento prévio, o que poderia produzir um equívoco ou uma visão deturpada do real. Por hora, apresento essa questão somente a partir das falas dos dirigentes, extraídas das entrevistas.

Com essas Clínicas da Família tem se ouvido que os ACS vão ganhar bicicletas motorizadas para se locomoverem, mas e os médicos? E os enfermeiros? E o próprio usuário, que é acamado, que é cadeirante, que conseguia chegar até a unidade com sua cadeira de roda? Hoje para empurrar a cadeira de roda dele, ele vai ter que empurrar dois ou três quilômetros. Isso aí dificultou. E nós temos batido nessa tecla, só que a visão hoje do município não é mais um Programa Saúde da Família, e sim um Programa Saúde Presente. É onde estão se construindo diversas clínicas no entorno. Mas a comunidade no seu eixo, no seu miolo, está ficando desassistida, porque a maioria dos módulos que existia nessa comunidade eram imóveis alugados. E as Clínicas da Família estão sendo construídas em terreno próprio da prefeitura. Nesse caso, diminui o gasto para prefeitura, mas aumenta a distância pro usuário final. É uma luta muito grande que nem o sindicato nem a associação vão conseguir vencer. A não ser com os próprios usuários, com a própria comunidade reivindicando o direito de ter os seus módulos dentro da própria comunidade (Informação verbal)<sup>23</sup>

Em seguida, pergunto sobre a garantia dos direitos trabalhistas e sobre compreensão do sindicato em relação ao vínculo indireto.

O dirigente 01 relata uma série de fatos que vão de encontro aos direitos constitucionais dos trabalhadores e à legislação que regulamenta a contratação dos ACS.

Tem uma OS que não é daqui, mas que engloba a CAP 2.1 e a 4.0, elas estão com os salários todos atrasados, de todos os profissionais, não só do ACS. Alimentação também do pessoal está atrasada. Têm pessoas que eles ainda nem contrataram: as pessoas estão recebendo, quando recebem, mas não têm nenhum vínculo trabalhista com essa OS. Tem o pessoal da Mangueira, que é da CAP 1.0, que não pertence a OS, está com uma ONG de um deputado estadual, eles tem um salário menor, uma alimentação menor. Tem o pessoal da CAP 1.0, na Lapa, que pertence à uma faculdade, eles também têm um diferencial de salário, é um PSF piloto deles, que eles usam como escola, mas os profissionais usam o uniforme do município do RJ. Eles não têm alimentação e o salário é um salário mínimo só por mês. Outra faculdade também faz isso na CAP 3.3 e essa tem um agravante: ela tem um convênio com o município, ela recebe o mesmo valor que nós recebemos hoje e a mesma alimentação, também. Mas como ela não paga a alimentação para os funcionários dela, ela não dá para os ACS também. Mas ela recebe o dinheiro da prefeitura (Informação verbal)<sup>24</sup>

O outro, da mesma forma, busca na legislação o respaldo para se opor à realidade vigente, buscando formas de superá-la.

<sup>22</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 2.

<sup>23</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 2

<sup>24</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 1

A lei 11.350 de Outubro de 2006, ela dá o direito aos ACS e aí somente aos ACS de ingressarem no quadro das suas prefeituras como trabalhadores contratados direto pela prefeitura. E com isso, o pessoal tem uma garantia melhor de emprego. Então o que nós buscamos hoje dentro da secretaria, nós não buscamos nada além desse vínculo direto com a prefeitura, seja através do modelo CLT ou do Estatutário, desde que nós sejamos contratados direto pela prefeitura. Estamos com um processo já desde 2009 que está correndo dentro da secretaria e o último movimento dele agora ele retornou pro gabinete do secretário, onde vai ter o parecer e aí então eu não sei ao certo se ele vai ser encaminhado diretamente, se ele for o parecer favorável diretamente para o prefeito ou se ele tem que ir para outra instância. Mas ele já está desde julho de 2009 tramitando dentro da prefeitura (Informação verbal)<sup>25</sup>

O processo ao qual os ACS fazem referência diz respeito a um projeto de criação do cargo de Agente Comunitário de Saúde no município do Rio de Janeiro. Sem a existência desse cargo, não é possível a efetivação dos agentes e a contratação direta pela Secretaria Municipal de Saúde. Os trabalhadores manifestam esperança quanto à aprovação desse projeto.

Esse processo está passando por várias instâncias dentro do município do Rio de Janeiro. É uma questão política, o prefeito sinalizou numa audiência com a gente que ele quer a nossa efetivação, não como servidor público, mas como funcionário público. Tem uma diferença, o servidor público é estatutário, o funcionário público é Celetista. Para gente, isso não faz diferença, não é uma questão que a gente quer brigar agora, futuramente a gente pode brigar pelo estatutário. O importante é o entrave agora. Hoje esse processo está no SMA, Secretaria Municipal de Administração e a procuradora passou a informação pra um colega que está para acontecer agora, está favorável, por esse lado do funcionário público mesmo. E nós ficamos mais esperançosos. Esse processo já está rolando há 1 ano e meio, ele passa por várias instâncias e todas as procuradorias aprovaram, acham correto e o prefeito disse que se todas as instâncias aprovassem, ele não ia ser contra. Então, a gente está esperançoso que aconteça pra 2012, só que eu acho que é mais uma coisa política mesmo. Em 2012 já vem a campanha eleitoral, não sei como vai ser<sup>26</sup> (Informação verbal)

Na minha avaliação, a criação do cargo de ACS e, por sua vez, a contratação direta pela SMS, na atual conjuntura, é improvável. Há pouco mais de um ano, a Prefeitura qualificou inúmeras ONGS como OS, exatamente, para realizarem a contratação de profissionais da Saúde da Família, entre eles o ACS. Para agora, em tão pouco tempo, descartar essa opção e realizar a contratação direta? Novamente, improvável. Porém, trata-se apenas de uma avaliação a partir dos dados que temos até agora, podendo ou não se verificar no futuro.

Considero como mais importante, no que diz respeito à questão referente ao processo de criação de cargo, a luta organizada dos trabalhadores na perspectiva de superarem a atual vinculação institucional da categoria. Inclusive, o vínculo indireto deve ser entendido como um fator contrário à organização dos trabalhadores, como destaca Cherchglia:

---

<sup>25</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 2

<sup>26</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 1

Um ponto destacado pelos sindicalistas, é que a terceirização tem provocado fragmentação e desmobilização dos trabalhadores, com perda de poder de barganha dos sindicatos: as negociações perdem seu caráter coletivo para tornarem-se localizadas e até mesmo individualizadas (CHERCHGLIA , 1999 p. 382).

Da mesma forma, o dirigente 02 nos situa sobre os desafios enfrentados pela categoria por conta da terceirização:

Quando você é contratado via CLT por uma empresa, o teu vínculo com a empresa não é um vínculo garantido. Pode entrar amanhã ou depois um gerente que não goste da minha postura, minha maneira de me colocar na defesa do ACS, eu deixando de ser, porque hoje eu sou, sou da Direção da Associação Municipal de ACS, mas sou presidente do sindicato dos ACS também do Município do Rio de Janeiro. Então hoje, entre aspas, eu tenho uma estabilidade, mas amanhã ou depois eu posso deixar de ser presidente do sindicato e voltar à condição de ACS. A minha colocação, a minha postura na minha época, no meu período de presidente, após um ano de estabilidade, após o fim da gestão do meu mandato, ela se encerra. E se alguma colocação minha foi uma colocação que alguém não gostou, eu sou passível de estar sendo demitido. Já, dentro da prefeitura, como funcionário contratado da prefeitura, essa garantia nós já tínhamos. Por quê? Porque nós só poderíamos ser mandados embora por roubo ou alguma questão que não tivesse mesmo como recorrer. Já na empresa privada, não. Já na OS, não. Já na ONG, não (Informação verbal)<sup>27</sup>

Talvez por isso, também, quando lhes perguntei sobre a questão central da agenda do sindicato hoje, as respostas de ambos tenham sido direcionadas para a questão do vínculo indireto.

A questão central do SINDACS é a criação de cargo e efetivação dos ACS. Nós discutimos salário, nós discutimos benefício, mas a questão central nossa é a criação do cargo com a contratação direta pelo órgão da prefeitura. A precariedade do trabalho é isso que eu tentei colocar pra você. Essa troca de mão-de-obra e essa não valorização do próprio ACS na questão do profissionalismo dele (Informação verbal)<sup>28</sup>

Só garantir os direitos trabalhistas pela CLT não quer dizer que a gente não tem um vínculo de trabalho precarizado. Temos sim, porque com as OS, nós não recebemos salário em dia, não temos aumento salarial, não temos uma perspectiva de crescimento de trabalho, não temos uma segurança no trabalho. Então, isso pra mim, é um vínculo precário de trabalho. Por isso, lutamos pelo vínculo direto (Informação verbal)<sup>29</sup>

Sobre a formação profissional e o cumprimento do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, os dirigentes afirmam que o SINDACS está empenhado em avançar nessa questão, sendo ela igualmente central na agente do sindicato.

Nós estamos sentados agora juntos com as ETS Isabel do Santos e Joaquim Venâncio e a secretaria para que seja retomada a formação do curso de técnico de ACS. Aqui, a EPSJV, já fez uma turma piloto, estamos tomando essa turma como base, e sentamos junto com as outras escolas, mais a secretaria para que haja uma valorização da profissão de ACS. Por que? O que acontece hoje? A secretaria capacita os ACS para certos tipos de trabalho que nós fazemos, por exemplo, nos capacita para detectar hanseníase, tuberculose. Só que na atual situação nem todos aqueles que vêm para o quadro de ACS, permanecem ACS. Muitos deles passam

<sup>27</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 2

<sup>28</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 2

<sup>29</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 1

por aqui, conseguem estudar porque o horário dá flexibilidade pra você estudar, pra você se formar, e depois eles vão embora. Vão ser técnicos de consultórios dentários, vão ser técnicos de enfermagem e deixam essa profissão. Então, tudo aquilo que foi investido, foi perdido, foi jogado fora. Então, quando você começa a valorizar esse profissional, dando a ele um curso técnico, colocando a profissão dele com uma profissão de visibilidade e de crescimento, eu acho que os próximos que entrarem, tendo a certeza e a condição de que vão ser ACS, ainda que eles venham a se formar em outra coisa, eles não vão ter uma passagem tão rápida como hoje tem (Informação verbal)<sup>30</sup>.

A não valorização de uma formação específica e complexa revela, novamente, o entendimento do trabalho do ACS como um trabalho simples, visto que, se assim for, para o desenvolvimento de suas atribuições, é suficiente a capacitação em serviço, um curso introdutório de formação inicial e continuada e a conclusão do ensino fundamental como exige a lei 11.350/2006.

Ao se restringir a qualificação técnica, surge como respaldo para as atividades desenvolvidas pelos ACS, numa dada concepção de perfil social, os atributos que esse trabalhador possui a priori pelo fato de ser originário da comunidade onde atua e em função de certos atributos subjetivos, especialmente, o pendor à solidariedade (MOROSINI, 2009).

Tal concepção de perfil social do ACS está presente no documento “Modalidade de contratação de Agente Comunitário de Saúde: um pacto tripartite” e orienta as práticas da SMS no município do Rio de Janeiro. 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 (MOROSINI, 2009).

Em seguida, insisti na discussão do vínculo e pedi para que eles aprofundassem, em suas falas, o papel desempenhado pelas OS e a diferença prática entre ONG e OS.

No primeiro momento, quando o projeto foi apresentado na Câmara dos Vereadores, nós entendemos que as OS iriam operar nos módulos ou nas clínicas de saúde construídas daquele momento em diante, não daquelas que já existiam. Quando o projeto das OS foi aprovado, as OS tomaram conta não só dos novos, como dos antigos que já existiam. Para nós, terceirizados, não mudou em nada, porque do mesmo jeito que a ONG CIESO me tratava, essa OS me trata. Paga o meu salário, me dá o vale alimentação, me dá o fardamento. Os benefícios que nós conseguíamos, como por exemplo, o aumento salarial nosso que foi reduzido na gestão anterior para um salário mínimo, compensamos um pouco dessa perda. Hoje nós não ganhamos um salário mínimo, ganhamos um pouco mais e também o retorno do vale alimentação, que deixou de ser de R\$ 5,00 durante 3 anos, para ser de R\$ 7,00 e que pelo menos na minha OS, passou a ser de R\$ 9,00. Mas a coisa da padronização ainda não chegou, porque algumas ainda estão pagando R\$ 7,00 e outras pagam R\$ 7,00 mais uma cesta básica de R\$ 63,00, que dá mais ou menos a mesma coisa do vale que eu recebo. Então a padronização que tanto se falou, ela não existe. Porque o salário na outra na ONG era igual para todos também, apesar de que nós temos, dentro do município, ACS que não estão nem em OS, nem em ONG. É onde o sindicato vai começar a estar vasculhando para saber qual é o vínculo empregatício na prestação de serviços para secretaria (Informação verbal)<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 2

<sup>31</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 2

Por fim, pergunto sobre o Seminário “A luta pelo reconhecimento e pela regulamentação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no contexto nacional e da legislação vigente”, organizado pela Associação Municipal dos Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro, com o apoio da EPSJV. Como já disse, esse Seminário foi para mim fundamental na construção de outro olhar sobre a realidade dos ACS no município do Rio de Janeiro. Desse modo, pergunto sobre a importância desse Seminário para a luta do sindicato e, se também, houve uma transformação no reconhecimento por parte dos trabalhadores e da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) em relação à luta travada pelo SINDACS/RJ.

Em relação à participação dos ACS, nós tivemos um ganho nisso, porque nós pudemos apresentar naquele seminário a luta da Associação que muitos ACS não conheciam. Até porque para nós, como diretores de associações e sindicatos, é difícil estarmos mostrando nosso trabalho dentro das unidades, tendo em vista que a associação abrange todo o município do Rio de Janeiro. O seminário nos deu a chance de mostrar, pra todos aqueles colegas que estavam ali, o que nós conseguimos avançar até aquele momento. Foi bom, porque eles passaram a entender que quando da luta para conseguir a 11.350, apesar da AMACS não ter sido fundada, os mesmos que hoje são dirigentes da associação e do sindicato são os mesmos que estavam em Brasília, passando fome, sentindo frio para fazer com que os parlamentares aprovassem aquela lei. Então, tiveram esse conhecimento também (Informação verbal)<sup>32</sup>

O importante foi fazer com que os profissionais que ali estavam presentes, entendessem a importância deles na luta pelos seus direitos, pelas suas conquistas. Não só a direção da entidade brigar, mas aquelas pessoas ali brigarem pelos seus direitos. E assim, melhorou muito o reconhecimento dos profissionais em relação a AMACS, em relação a que eles têm que buscar. Deu pra entender que ali foi mostrado um panorama nacional, de luta, de conquistas. E no município do Rio de Janeiro, com eles nunca viram isso, eles não acreditam muito nessa luta. O seminário foi de suma importância (Informação verbal)<sup>33</sup>

Nesse estudo, não pretendo investigar de forma minuciosa a organização dos ACS nos municípios, tampouco em nível nacional. A complexidade dessa questão exige um trabalho exclusivo sobre o assunto. Aqui, me debruço apenas sobre o papel desempenhado pelas organizações da categoria na luta que travam na tentativa de superarem a contradição entre o discurso que valoriza a importância e as atribuições dos ACS e a realidade concreta, especificamente a do município do Rio de Janeiro, marcada pelos efeitos da terceirização, do desvio de função, da formação aligeirada etc., todos elementos que compõem o que os autores chamam de acumulação “flexível” e que, no caso dos ACS, estão embasados numa concepção de perfil social desse trabalhador.

---

<sup>32</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 2

<sup>33</sup> Entrevista realizada com o Dirigente do SINDACS/RJ – Dirigente 1

Como foi explicitado, a luta da CONACS, em proporções nacionais, foi fundamental para a aprovação de Leis, que regulamentavam a profissão e permitiam a contratação direta pelas SMS e, também, na construção de um referencial curricular para o curso técnico. Da mesma forma, as organizações municipais, entre associações e sindicatos, lutam para que se garanta o cumprimento da legislação e pela viabilização prática das conquistas da categoria.

No município do Rio de Janeiro, segundo o que pude perceber pelas entrevistas, o foco de enfrentamento do sindicato é a criação do cargo de ACS e, por sua vez, a contratação direta pela secretaria. Obviamente, a organização reivindica melhores salários, condições materiais adequadas, mas a centralidade fica por conta da questão dos vínculos. E quanto a isso, há um processo tramitando no poder executivo, contudo, ainda que o resultado dessa ação não seja favorável aos anseios da categoria a curto prazo, o fundamental é que os trabalhadores não descartaram a perspectiva da luta, da disputa e do enfrentamento para superarem a realidade, tal como ela se apresenta.

Com isso, absolutamente, não quero tornar as contradições e os conflitos alheios às posições e posturas do SINDACS/RJ. Sabemos que a forma e conteúdo da luta sindical caminham, entre outros fatores, de acordo com o nível de consciência da categoria e dos dirigentes. E, sempre, haverá, em qualquer fenômeno da realidade, contradições, como nos ensina Mao Tse-Tung, no livro “Sobre a contradição”:

A universalidade, ou caráter absoluto da contradição, tem um duplo significado: primeiro, que as contradições existem no processo de desenvolvimento de todos os fenômenos; segundo, que, no processo de desenvolvimento de cada fenômeno, o movimento contraditório existe do princípio até ao fim (TSE-TUNG, 2009, p. 38).

Contudo, o material que tenho para análise não me fornece subsídios para tecer considerações sistemáticas sobre a organização e a luta municipal dos agentes e, como já disse, essa questão exige um trabalho específico. Das entrevistas consegui extrair e analisar dados que possibilitam apresentar um panorama sobre a precarização do trabalho na cidade do Rio de Janeiro.

A partir desse panorama, traço um paralelo, que ao meu ver é a maior contribuição desse trabalho, qual seja: a precarização do trabalho do ACS hoje no município do Rio de Janeiro não é gratuita, tampouco, espontânea. Ao contrário, está embasada num projeto de Estado e sociedade e, especificamente, numa concepção de perfil social dos agentes, os mesmos que orientam o documento “Modalidade de contratação de ACS: um pacto tripartite”, publicado pelo então Ministério da Saúde, no início de 2002.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho representa para mim um “acerto de contas” com algumas perguntas e inquietações, provocadas por um estudo anterior e incipiente. Muito me custou o entendimento sobre a relação entre o discurso oficial – e quase unânime – relativo à importância do trabalho do ACS e a realidade concreta, marcada pelos efeitos da terceirização, do desvio de função, da formação aligeirada etc., todos elementos que compõem o que os autores chamam de modelo de acumulação “flexível”.

Compreender o processo de disputa que se estabelece no campo do Trabalho, da Educação e da Saúde e, especificamente, em torno da figura dos agentes comunitários de saúde, me ajudou a entender – mais concretamente – a história como produto da luta entre as classes. O enfretamento de projetos e a diversidade de concepções sobre o perfil social dos ACS justificam a complexidade dessa questão e, por sua vez, o desafio em compreendê-la.

Questionava-me como os ACS, trabalhadores fundamentais para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, podiam ter um vínculo indireto com as SMS. Questionava-me como os ACS, que desenvolvem um trabalho marcado pela dimensão educativa, podiam ser qualificados de forma tão aligeirada e precária. Questionava-me sobre a validade da legislação federal e dos referenciais e relatórios elaborados pelo MS diante das ações praticadas pelas prefeituras.

A investigação e a proximidade com a realidade desses trabalhadores me trouxeram algumas respostas. As disputas em torno das questões relativas aos ACS são expressões da luta permanente entre as classes e, por isso, não estão imunes aos produtos de conflitos maiores, como o embate entre projetos de Estado e sociedade.

As modificações ocorridas na relação entre capital e trabalho, no contexto atual de mundialização do capital, compõem um projeto de sociedade baseado nos preceitos neoliberais, caracterizado, entre outros fatores, pela redução da face pública e social do Estado em relação à classe trabalhadora. As alterações no mundo do trabalho e as reformas de Estado são responsáveis pelo predomínio atual das formas mais desregulamentadas das relações trabalhistas, das condições de trabalho, da qualificação dos trabalhadores e dos direitos trabalhistas.

Com os ACS não poderia ser diferente. Aliás, com os ACS é diferente. Se compararmos esse trabalhador com os outros componentes da equipe da ESF, concluímos que, principalmente, entre o médico e o enfermeiro, a sujeição dos ACS, enquanto categoria, é mais instável, mais desprotegida e mais desvalorizada.

Por isso e outros muitos fatores passei a questionar se de fato a relação entre o discurso oficial, que valoriza sobremaneira a importância do ACS, e a prática, que esvazia de valor a complexidade do trabalho do agente, se constituía enquanto contradição. Precisamos nos perguntar para qual SUS um trabalhador com vínculo indireto e formação inicial e continuada é importante? Para qual lógica de Saúde da Família? A disputa permanente entre perspectivas de um sistema único de saúde brasileiro nos revela uma experiência inacabada, inconclusa; e em constante conflito.

Desse processo de correlação de forças pode resultar a transformação das atuais condições de inserção no trabalho e de vinculação institucional dos ACS, como foi o caso da aprovação da lei 11.350/2006 e da criação do Referencial Curricular para Curso Técnico de ACS. Ao mesmo tempo em que pode resultar na manutenção do estado de coisas vigente, assim como, no seu aprofundamento, como no caso recente da qualificação de Organizações Sociais para gerirem o contrato de trabalho dos ACS no município do Rio de Janeiro.

Destaco a complexidade da correlação de forças que se estabelece nos processos decisórios. Tanto a lei 11.350/2006 como o Referencial Curricular não estão conformados em único projeto. A prova disto são as “brechas” na redação da lei, que garantem à gestão municipal a possibilidade de escolha sobre a forma de contratação de ACS e o fato do Referencial se orientar pelo modelo de ensino de competências, cujo caráter pode produzir uma aprendizagem pouco reflexiva e sem perspectiva de grandes transformações sobre os determinantes políticos, sociais e históricos, que conformam o modelo de organização do processo de trabalho.

Por isso, vale dizer que as posições em disputa não se apresentam como inimigas explícitas, cada uma de um lado, demarcando posições antagônicas – embora elas existam e

sejam ocupadas. Nisso reside o desafio de compreender essa realidade e, principalmente, em transformá-la. Não podemos traduzir simplesmente um ring entre a compreensão do trabalho do ACS como um trabalho complexo versus a compreensão do trabalho do ACS como um trabalho simples. Embora, seja possível identificar alguns elementos que se aproximam mais de uma ou de outra compreensão.

Um argumento em especial, contribuiu para que eu pudesse consolidar a compreensão acerca da perspectiva de trabalho simples, qual seja: o perfil social dos ACS, caracterizado como um trabalhador *sui generis*, fruto de sua origem comunitária e de um suposto pendor à solidariedade. Essa especificidade tornaria inadequada a contratação direta dos ACS pelas SMS e desnecessária uma qualificação que vá além de uma simples e aligeirada preparação para o trabalho.

Para essa concepção, a seleção pública convencional e a contratação direta de ACS vai de encontro com a particularidade de seu perfil social, podendo romper inclusive com seus laços comunitários. Da mesma forma, a formação técnica poderia distanciar esse trabalhador de suas origens, além de afetar a sua sensibilidade diante das dificuldades de seus pares. Foi dessa concepção que o então MS extraiu argumentos para elaborar o documento “Modalidade de contratação de ACS: um pacto tripartite”.

A partir desse documento, o MS pretendia dar respaldo aos gestores municipais na contratação indireta de ACS, por meio das OSCIP, respeitando a suposta especificidade desse trabalhador e, também, os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Embora, em seguida, a nova gestão do MS tenha descartado o documento em tela, este serve de referência ainda hoje para alguns municípios, como o Rio de Janeiro, conforme ficou evidente nas entrevistas com os dirigentes do SINDACS/RJ.

Contudo, a mutabilidade do real, as lutas e os processos de disputa podem resultar na construção de uma outra página da história, favorável à complexidade do trabalho do ACS, em que todos esses trabalhadores sejam técnicos, tenham o vínculo direto com as prefeituras e sejam bem remunerados. É possível. E os trabalhadores não medem força para que isso se concretize. Como vimos, entre processos, seminários e reuniões, o sindicato da categoria no Rio de Janeiro luta, enfrenta e combate, tendo por objetivo as conquistas para os trabalhadores.

É verdade. Nos espaços de deliberação das políticas de gestão e formação dos ACS, os trabalhadores podem avançar sobre os limites da realidade atual. Entretanto, entendo que essas conquistas, embora importantes, expressam um resultado provisório e instável do processo de correlação de forças e que uma mudança profunda, mais consistente, exige uma

discussão maior, pautada em projetos de Trabalho, Educação e Saúde. Não quero com isso, absolutamente, secundarizar a luta cotidiana e organizada dos trabalhadores por direitos trabalhistas. Ao contrário, compreendo que só a partir dessa luta é possível almejar vãos maiores. Da mesma forma, não quero tornar o enfretamento macro a solução finda para todas as contradições. Mas, provoco: se a precarização do trabalho do ACS faz parte das metamorfoses pelas quais passa o mundo do trabalho na atualidade e que, por sua vez, essas modificações são reflexos de um projeto de Estado e sociedade, não será importante que a luta por uma categoria específica contemple a luta por uma concepção de Trabalho de Educação e de Saúde?

A essa pergunta, não poderei neste trabalho responder de forma minuciosa e sistemática. Talvez fique para outra oportunidade. Assim como outras questões que não dei conta ou que me surgiram como dúvida durante a elaboração dessa pesquisa, como a relação entre trabalho precarizado e assistência precária.

Enquanto conclusão de curso, considero que esse estudo foi um início importante da compreensão para uma outra fase, em que a pesquisa e a luta política são indissociáveis.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2003.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventivista. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. Capítulo VII: Medicina preventiva e sociedade, p. 219-243.

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

BORNSTEIN, Vera Joana. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. 2007. 231 f. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 101, 4 maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 maio 2000. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/43/2000/101.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei no 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jul. 2002a. Disponível em: <[http://www.abennacional.org.br/download/10507\\_02.doc](http://www.abennacional.org.br/download/10507_02.doc)>. Acesso em: 4 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. (Site Institucional do Ministério da Saúde Brasil). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149)>. Acesso em: 28 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. **Ações e Programas do SUS:** Departamento de Atenção Básica - DAB. (Site Institucional do Ministério da Saúde Brasil). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=27146](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=27146)>. Acesso em: 28 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde:** um pacto tripartite. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Seminário Nacional sobre política de desprecarização das relações de trabalho no SUS:** relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_seminario\\_desprecarizacao2.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_seminario_desprecarizacao2.pdf)>. Acesso em: 04 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Orientações gerais para elaboração de editais – processo seletivo público:** agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 3.189**, de 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3189.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm)>. Acesso em: 4 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei no 11.350**, 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, 14 fev.2006, e dá outras providências. Brasília, DF: [s.n.], 2006a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm)>. Acesso em: 15 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 51, 14 de fevereiro de 2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Brasília, DF: [s.n.], 2006b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2009.

CASTRO, Ramón Peña. Trabalho Abstrato e Trabalho Concreto. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 404-408.

CHERCHGLIA, Mariangela Leal. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, José Paranguá; CASTRO, Janete Lima (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: Ed UFRN, 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. p. 46.

CORBO, Anamaria D. A; MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; PONTES, Ana Lucia de M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, Márcia Valéria G.C. e CORBO, Anamaria D.(Org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família/ Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde**: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 69-106.

DIAS, Edmundo Fernandes. Capital e trabalho: a nova dominação (decifra-me ou te devoro). **Revista Universidade e Sociedade**, São Paulo, n. 10, jan. 1996.

DRUCK, Graça; BORGES, Ângela. Terceirização: balanço de uma década. **Caderno CRH**, Salvador, BA, v. 15, n. 37, p. 111-139, jul./dez. 2002.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Trabalho. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed.rev.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.399-404.

MARTINS, André Silva. Estratégias burguesas de obtenção do consenso nos anos de neoliberalismo da Terceira Via. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley et al (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia**: estratégias do capital para educar o consenso. São Paulo: Xamã, 2005.

MARX, Karl. Como o dinheiro se transforma em capital. In: \_\_\_\_\_. **O Capital**: crítica da economia política: livro 1. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1974.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Global, 2006.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C. A. **Política de Formação dos Agentes Comunitários de Saúde**: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005. 2009. 222 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C. ; CORBO, Anamaria D'Andrea ; GUIMARÃES, Cátia . O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros . **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 189-211.

MOURA, Rita de Cássia dos Santos. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde adaptado à cidade do Rio de Janeiro**: uma análise de suas concepções. 2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle R. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis**: o Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Texto para discussão, 735).

PIRES, Denise Elvira. Precarização do trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed.rev.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 317-320.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Neoliberalismo e saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed.rev.ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 275-279.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Silva Whitaker. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SOUZA, Tereza Ramos de. 'Se não conseguirmos formar os trabalhadores do SUS pela nossa Escola Técnica, não vamos conseguir formar mais ninguém'. **RET-SUS: Rede de Escolas Técnicas do SUS**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 2-3, jun 2004.

TSE-TUNG, Mao. **Sobre a prática e sobre a contradição**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, [2000].

VON HAYEK, Friedrich August. **O caminho da servidão**. 5. ed. Rio de Janeiro: InstitutoLiberal, 1990.