



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

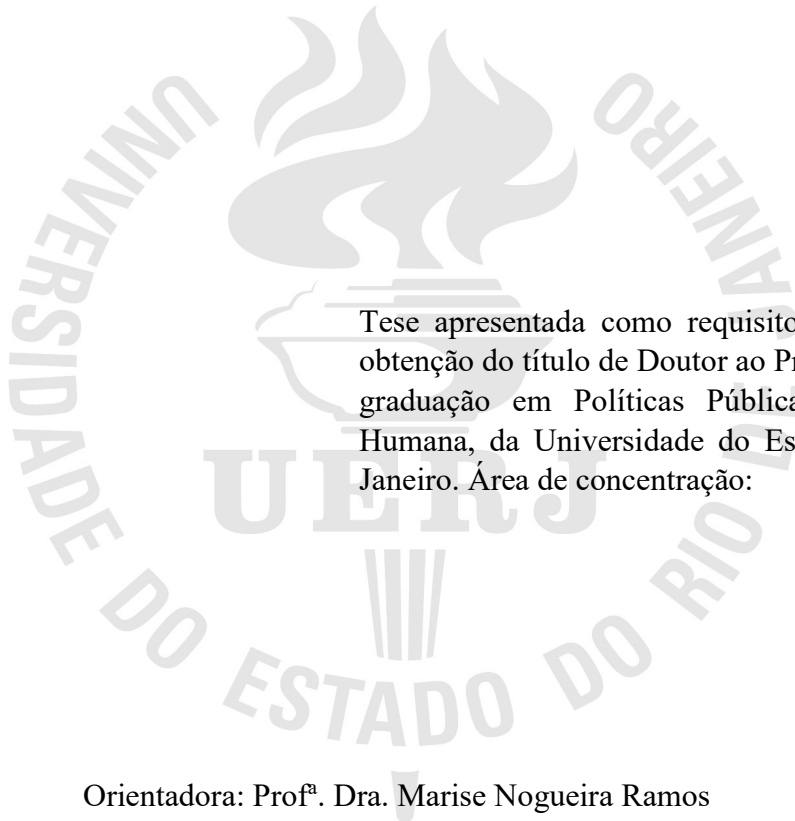
**Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos
1990-2016: a precarização para além dos vínculos**

Rio de Janeiro

2018

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos



Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração:

Orientadora: Prof^ª. Dra. Marise Nogueira Ramos

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

M869 Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso.
Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos
1990-2016: a precarização para além dos vínculos / Márcia Valéria Guimarães
Cardoso Morosini. – 2018.
357 f.

Orientadora: Marise Nogueira Ramos.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de
Educação e Humanidades

1. Políticas Públicas – Teses. 2. Agentes comunitários de saúde – Teses. 3.
Cuidados primários de saúde – Teses. I. Ramos, Marise Nogueira. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades.
III. Título.

es

CDU 304.4(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

**Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 2016: a
precarização para além dos vínculos**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração:

Aprovada em 28 de agosto de 2018.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Marise Nogueira Ramos (Orientadora)

Faculdade de Educação - UERJ

Prof^o Dr. Gaudêncio Frigotto

Faculdade de Educação - UERJ

Prof^a. Dr^a. Angélica Ferreira Fonseca

Fundação Oswaldo Cruz

Prof^o Dr. Ruben Araujo de Mattos

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof^o Dr. Helder Molina

Faculdade de Educação – UERJ

Prof^a Dr^a Filippina Chinelli

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Aos trabalhadores do SUS que realizam diariamente o direito à saúde.

À Tereza Ramos (*in memoriam*), que me ensinou sobre ser agente de saúde e o movimento popular.

Aos docentes, trabalhadores técnico-administrativos, terceirizados e estudantes da UERJ, pela luta incansável em favor da educação pública, universal e de qualidade, em todos os níveis de ensino.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz.

Aos companheiros do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde que me acolheram como colega e amiga. Sandra Martins, André Malhão, Júlio Lima, Renata Reis, Anna Violeta, Ana Margarida, Francisco Lobo-Neto, André Feitosa, Muza Velasques, Ialê Braga, Marcio Candeias, gratidão pelo apoio e solidariedade que possibilitaram a minha dedicação aos desafios do Doutorado.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da UERJ, pela formação proporcionada e a todos os funcionários da Secretaria Acadêmica do PPFH, pela atenção e paciência constantes.

À D. Maria, pela presença acolhedora no cotidiano das aulas.

Ao professor Gaudêncio Frigotto, pela excelência e generosidade com que nos ensina e milita pela educação - qualidades próprias de um verdadeiro intelectual orgânico da classe trabalhadora.

À professora Marise Ramos, orientadora e amiga, que me apoiou generosa e compreensivamente em todos os momentos do processo de construção desta tese, com quem tive diálogos ricos e desafiadores.

Ao prof. Giovanni Alves, cujos textos e críticas foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores Deise Mancebo e Floriano Oliveira, cujas aulas me incentivaram a retomar a discussão da precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

À professora Evelyne Algebaile que nos acolheu na disciplina Teorias da Política e do Estado I, dialogando com uma turma mista, de doutorandos e mestrandos.

Aos colegas da turma 2014 do Doutorado, companheira e solidária, cujo afeto transbordou a sala de aula.

Aos colegas e amigos, Rosemary, João, Urá, Vinicius, Jurema, Monica e Leonardo, pelos encontros, trocas e afeto.

Ao companheiro e amigo, Roberto Arruda, ‘nossa liderança’, pela iniciativa, parceria e ousadia na construção da Rede de Pesquisadores em Políticas Públicas, Estado e Formação Humana.

Aos companheiros da pesquisa “Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na Perspectiva dos Saberes, Práticas e Competências”, pela parceria na investigação, no estudo e no trabalho de campo que tanto contribuíram para as discussões desenvolvidas neste estudo.

À parceira de trabalho de campo, Neuza Buarque de Macêdo, pelo compromisso e companheirismo.

Aos colegas do grupo “Frente AB” pela troca de ideias e luta conjunta.

À Liu Leal, companheira de luta pelo SUS, pela Atenção Básica e pelo trabalho e pela formação dos ACS, com quem tenho aprendido e trocado muito.

À Luciana Carvalho, o abraço mais gostoso do Poli, pela amizade constante.

À Dina Teva, ex-orientanda e querida amiga, que construiu belíssima monografia sobre a precarização das formas de contratação dos ACS e que nos enche de esperança quanto à medicina de base popular, voltada para o SUS.

À Filippina Chinelli, minha querida amiga Pina, pelo apoio e carinho incondicionais.

À Monica Vieira, amiga generosa que me ouviu, falou e me apoiou quando eu precisei e era difícil fazê-lo.

À Lilian, amiga querida, pela amizade zelosa e generosa.

À Tânia, presença amiga e cuidadora em minha casa, por tudo.

À Regina Herzog, cuja escuta e apoio tornaram possível o meu caminhar até aqui.

À Fátima Lopes, cujos cuidados me reequilibram.

À Angélica, amiga querida de todas as horas, a Fonseca das minhas coautorias e referências. Saber que posso contar contigo faz o mais difícil parecer possível.

À minha querida família gaúcha que, mesmo à distância, me apoia e compreende o tempo que esta tese tomou de nosso convívio.

Aos meus queridos irmãos, Marco Antonio e Maria Goretti (*in memorian*), e minha querida cunhada Juliana, pela convivência familiar amorosa e companheira.

Aos meus sobrinhos, Leonardo, Luize, Maria Antonia, Lorenzo, Gabriel, Pedro e Lívia, pelo amor que se renova em cada um de vocês que chega, enchendo de infância e mocidade as nossas vidas e conquistando, para sempre, os nossos corações.

A meus amados pais, Júlia e Fernando (*in memorian*), que me legaram o amor e a educação, base de tudo que tenho vivido.

Ao Leandro, amor da minha vida, por seguirmos juntos nessa aventura que é construir uma família, educar e amar nossos filhos, como companheiros em permanente construção, sonhando e buscando fazer deste um mundo melhor.

Aos meus filhos amados, Daniel e Clara, que cresceram (demais!) nesses quatro anos e se tornaram duas belas pessoas, com quem aprendo diariamente sobre viver e amar. Vocês são o melhor que há nessa vida, o maior desafio, a grande inspiração!

EPÍGRAFE

Os socialistas estão aqui para lembrar ao mundo que em primeiro lugar devem vir as pessoas e não a produção. As pessoas não podem ser sacrificadas. (...) Especialmente aquelas que são apenas pessoas comuns. (...) É delas que trata o socialismo; são elas que o socialismo defende.

Hobsbawn

RESUMO

MOROSINI, Márcia Valéria G. C. *Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos*. 2018. 357 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018.

Neste estudo, discutimos o processo de precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) - trabalhador que atua na Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) -, cujo trabalho foi fundamental para a expansão do direito à saúde, nos últimos trinta anos, no Brasil. Em nossa compreensão, o fenômeno da precarização, predominantemente abordado no campo da saúde quanto à regularidade das formas de contratação e à garantia dos direitos associados ao trabalho, transcende a relação contratual e abrange várias dimensões da vida do homem-que-trabalha. A pesquisa se desenvolveu por meio de dois movimentos: a compreensão da base teórica sobre a precarização social do trabalho e a composição das categorias analíticas e a análise do material empírico. O trabalho empírico abrangeu a identificação e a análise dos documentos políticos da Atenção Básica em Saúde, com inflexões sobre o trabalho dos ACS, ou que têm por objeto específico o seu trabalho, e a análise do material resultante das entrevistas com dezenove ACS, sobre as condições em que realizam suas atividades laborais, e do registro das observações de campo. Os ACS entrevistados eram de oito municípios nordestinos: Laje (BA); Tauá e Maracanaú (CE); São Mateus do Maranhão (MA); Abreu e Lima, Garanhuns e Recife (PE); Piri-piri (PI). Percebemos que o trabalho dos agentes tem se transformado tanto no plano normativo do trabalho prescrito, quanto na prática, no plano do trabalho real. Concluimos que as mudanças que vêm alterando o escopo de atribuições e práticas dos ACS estão relacionadas com modificações nas concepções hegemônicas sobre o modelo de atenção e os princípios do SUS. Expressam a difusão da racionalidade e das práticas gerencialistas nos serviços de saúde, que têm produzido sofrimento e subtraído potência do trabalho dos agentes. Confirmamos a nossa hipótese de que o processo de 'desprecarização' do trabalho, ao se limitar às questões relativas à regularização das formas de contratação, não elide o problema da precarização social do trabalho do ACS, condicionado por outras determinações próprias do processo de trabalho no campo das políticas sociais, configuradas a partir da sociabilidade capitalista. Recentemente, a partir do golpe político-legislativo, iniciado em 2016, o sentido regressivo em relação ao trabalho dos ACS se aprofundou, acompanhando a ofensiva privatizante empreendida contra o SUS e o direito à saúde.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde. Precarização do trabalho. Trabalho em saúde. Atenção primária em saúde. Precarização social.

ABSTRACT

MOROSINI, Márcia Valéria G. C. *Transformations in the work of community health agents in the years 1990-2016: precarization beyond the bonds*. 2018. 357 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018.

In this study we discuss the process of precarization of the work of the Community Health Agent (CHA) - a worker who operates in the Family Health Strategy (FHS), within the Unified Health System (SUS) -, and whose work was fundamental for the expansion of the right to health, in the last thirty years, in Brazil. In our understanding, the phenomenon of precarization, predominantly addressed in the health field as regards the regularity of contracting forms and the guarantee of the rights associated with work, transcends the contractual relationship and encompasses several dimensions of the life of the man-who-works. The research has developed through two movements: the comprehension of the theoretical basis on the social precarization of work and the composition of the analytical categories and the analysis of the empirical material. The empirical work covered the identification and analysis of the political documents of the Primary Health Care, with inflections about the work of the CHA, or that have as specific object their work, and the analysis of the material resulting from interviews with nineteen CHA, about the conditions under which they carry out their work activities, and the recording of field observations. The CHA interviewed were from eight northeastern municipalities: Laje (BA); Tauá and Maracanaú (EC); São Mateus do Maranhão (MA); Abreu e Lima, Garanhuns and Recife (PE); Piri-piri (PI). We perceive that the work of the agents has been transformed both in the normative plane of the prescribed work, and in practice, in the real work plan. We conclude that the changes that have been changing the scope of attributions and practices of the CHA are related to changes in the hegemonic conceptions about the attention model and the principles of the SUS. They express the diffusion of rationality and managerial practices in health services, that have produced suffering and subtracted power from the work of the agents. We confirm our hypothesis that the process of 'de-precarization' of work, by limiting itself to the questions related to the regularization of the forms of hiring, does not elide the problem of the social precarization of the work of the CHA, conditioned by other determinations proper to the work process in the field of social policies, configured from capitalist sociability. Recently, since the political-legislative coup, started in 2016, the regressive meaning in relation to the work of the CHA has deepened, following the privatizing offensive against the SUS and the right to health.

Keywords: Community health agent. Precarization of work. Health work. Primary health care. Social precarization.

RÉSUMÉ

MOROSINI, Márcia Valéria G. C. *Les changements du travail des Agents Communautaires de Santé dans les années 1990-2016: la précarisation au delà des liens*. 2018. 357 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018.

Cette étude discute le processus de précarisation du travail de l'Agent Communautaire de Santé (ACS) - travailleur qui agit dans l'Stratégie Santé de la Famille (STF), dans le cadre du Système Unique de Santé (SUS) -, dont le travail a été fondamental pour l'expansion du droit à la santé au cours des trente dernières années au Brésil. Dans notre compréhension, le phénomène de la précarisation, notamment abordé dans le domaine de la santé concernant la régularité des formes des recrutements et la garantie des droits associés au travail, transcende le rapport contractuel et englobe des diverses dimensions de la vie de l'homme-travail. La recherche a été développée par deux mouvements: la compréhension de la base théorique sur la précarisation sociale du travail et la composition des catégories analytiques et l'examen du matériel empirique. Le travail empirique a englobé l'identification et l'analyse des documents politiques de l'Attention Basique en Santé, avec des inflexions concernant le travail des ACS, ou les documents qui ont pour objet spécifique ce travail, et l'analyse du matériel résultant des entretiens avec dix-neuf ACS, sur les conditions dans lesquelles ils réalisent ses activités professionnelles, et des enregistrements des observations sur le terrain. Les ACS interviewés émanaient de huit municipalités du nord-est du Brésil: Lage (BA); Tauá et Maracanaú (CE); São Mateus do Maranhão (MA); Abreu et Lima, Garanhuns et Recife (PE); Piripiri (PI). On a observé que le travail des agentes s'est transformé dans le plan normatif du travail prescrit, autant qu'en pratique, dans le plan du travail réel. On a conclu que les changements qui ont modifié le but des attributions et les pratiques de l'ACS sont associés aux transformations des conceptions hégémoniques concernant le modèle de soins et les principes du SUS. Ils expriment la diffusion de la rationalité et des pratiques de gestion dans les services de santé, ce qui entraîne de la souffrance et réduit la puissance du travail des agents. On a confirmé l'hypothèse selon laquelle le processus de 'déprécarisation' du travail, en se limitant aux questions concernant la régularisation des formes de recrutement, n'élide pas le problème de la précarisation sociale du travail des ACS, conditionné par d'autres déterminations propres au processus de travail dans le domaine des politiques sociales, configurées à partir de la sociabilité capitaliste. Récemment, à partir du coup politique-législatif de 2016, le sens régressif du travail des ACS a été approfondi, en suivant l'offensive privatisante menée contre le SUS et le droit à la santé.

Mots-clés: Agente Communautaire de Santé. Précarisation du travail. Travail en santé. Attention primaire en santé. Précarisation sociale

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Municípios selecionados a partir dos critérios da pesquisa, por região, incluindo as capitais e número de ACS entrevistados.....	68
Quadro 2 - Alterações na legislação brasileira que afetaram o trabalho no setor público, nos governos FHC (1995 - 2003).....	75
Quadro 3 - Principais Características das Experiências de Expansão de Cobertura e dos Trabalhadores Comunitários de Saúde Anteriores ao PACS.....	93
Quadro 4 - Principais Marcos Instituintes do Trabalho dos ACS no SUS.....	95
Quadro 5 - Os documentos normativos analisados e suas finalidades, especificando os governos e órgãos de origem (1997 a 2011).....	113
Quadro 6 - Ministros da Saúde, partidos políticos a que estão relacionados e Secretários de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, nos governos Lula, Dilma e Temer.....	123
Quadro 7 - Atribuições dos agentes comunitários de saúde segundo os principais documentos que normatizaram o seu trabalho entre 1997 e 2011.....	133
Quadro 8 - Os documentos normativos analisados e suas finalidades, especificando os governos e órgãos de origem (2016-2018).....	270
Quadro 9 - Atribuições dos ACS e ACE segundo a PNAB 2017.....	287
Quadro 10 - Perfis de Conclusão dos Cursos Técnicos de Agente Comunitário de Saúde e de enfermagem.....	293
Quadro 11 - Mudanças legislativas que alteraram as relações de trabalho no setor privado no Brasil, adotadas durante os governos de Fernando Henrique Cardoso.....	351

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO –	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS –	Agente Comunitário de Saúde.
AFC –	Assistência Financeira Complementar
AMQ –	Avaliação para a Melhoria da Qualidade
ANS –	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS –	Atenção Primária à Saúde
CCQ –	Círculos de Controle de Qualidade
CEB –	Comunidades Eclesiais de Base
CEBES –	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CHW –	<i>Community Health Worker</i>
CIT –	Comissão Intergestores Tripartite.
CLT –	Consolidação das Leis do Trabalho.
CODIN –	Coordenadoria da Defesa dos Interesses Individuais Homogêneos, Coletivos e Difusos
CONACS –	Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde.
CONASEMS –	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.
CONASS –	Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
CNS –	Conselho Nacional de Saúde
DAB –	Departamento de Atenção Básica.
DEGERTS –	Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho na Saúde.
DEGES –	Departamento de Gestão da Educação na Saúde.
DRU –	Desvinculação de Receitas da União.
EC –	Emenda Constitucional
ENEMEC –	Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária
ENSP –	Escola Nacional de Saúde Pública
EPSJV –	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.
FIOCRUZ –	Fundação Oswaldo Cruz.
FNS –	Fundo Nacional de Saúde.
FUNASA –	Fundação Nacional de Saúde.
IMS –	Instituto de Medicina Social.
IPEA -	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
LDB -	Lei de Diretrizes e Bases da Educação.

MARE –	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MEC –	Ministério da Educação.
MOPS –	Movimento Popular de Saúde.
MPOG –	Ministério do Planejamento e Gestão.
MPT –	Ministério Público do Trabalho.
MS –	Ministério da Saúde.
NASF –	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
NOAS –	Norma Operacional de Assistência à Saúde.
NOB –	Norma Operacional Básica.
OIT –	Organização Internacional do Trabalho.
OMC –	Organização Mundial do Comércio.
OMS –	Organização Mundial de Saúde.
ONG –	Organização Não-Governamental.
OPAS –	Organização Pan-americana de Saúde.
OSCIP –	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.
PAB –	Piso da Atenção Básica.
PACS –	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PAETEC –	Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico.
PCCS –	Plano de Cargos, Carreiras e Salários.
PDTSP –	Programa de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde Pública.
PEC –	Proposta de Emenda Constitucional.
PIASS –	Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde.
PJ –	Pessoa Jurídica.
PMAQ –	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.
PMDB –	Partido do Movimento Democrático Brasileiro.
PNACS –	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde.
PROESF –	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família.
PROFAE –	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.
PROFORMAR -	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância à Saúde.
PSF –	Programa de Saúde da Família.
PT –	Partido dos Trabalhadores.
RAS –	Rede de Atenção à Saúde
RET-SUS –	Rede de Escolas Técnicas do SUS.
RH –	Recursos Humanos.

SAS –	Secretaria de Atenção à Saúde.
SEMTEC –	Secretaria de Educação Média e Tecnológica.
SESP –	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES –	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
SIAB –	Sistema de Informação da Atenção Básica.
SIPACS –	Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
SPS –	Secretaria de Políticas de Saúde.
SUS –	Sistema Único de Saúde.
TAC –	Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta.
TRO –	Terapia de Reidratação Oral.
TST –	Tribunal Superior do Trabalho.
UERJ –	Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
UNICEF –	Fundo das Nações Unidas para a Infância.
VD –	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	CONCEPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	34
1.1	Materialismo histórico e dialético: o método e suas categorias	34
1.1.1	<u>Conhecimento, realidade social e trabalho</u>	34
1.1.2	<u>Realidade: totalidade e dialética</u>	39
1.1.3	<u>Mediações e contradições: os caminhos de acesso ao real pensado</u>	40
1.2	Sobre Estado e Política no Âmbito das Formações Sociais Capitalistas	47
1.2.1	<u>A ampliação do Estado em Gramsci</u>	49
1.2.2	<u>Poulantzas: o Estado como condensação material da relação de forças entre as classes e a luta de classes no arcabouço institucional do Estado</u>	53
1.2.3	<u>Políticas sociais como resultantes da correlação das forças sociais</u>	57
1.3	Considerações metodológicas	62
2	A CONTRARREFORMA NEOLIBERAL DO ESTADO, SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS POLÍTICAS SOCIAIS, O SUS E O TRABALHO EM SAÚDE	70
2.1	A Contrarreforma Neoliberal no Setor Saúde: limites para o SUS e a Atenção Básica	76
2.2	Atenção Primária à Saúde: concepções em disputa no mundo e no Brasil	81
2.3	Estratégia Saúde da Família: tensões e acomodações entre o receituário neoliberal e os princípios do SUS	87
2.4	Os caminhos do desenvolvimento do trabalho dos ACS no SUS e da construção da precariedade como sua condição	91
2.4.1	<u>Trabalhadores recrutados na comunidade: a história do trabalho comunitário em saúde no Brasil antes dos ACS</u>	91
2.4.2	<u>ACS na Estratégia Saúde da Família: metamorfoses do popular ao institucional ou os primeiros movimentos da precarização</u>	95
2.4.3	<u>Os vínculos dos ACS: ajustes que não superam a precarização social do trabalho</u>	105
3	RECONFIGURAÇÕES DO TRABALHO A PARTIR DA NORMA: PORTARIAS, DECRETOS E LEIS	111
3.1	Construção do arcabouço normativo do trabalho dos ACS: 1997 a 2011	112
3.2	A regularização do trabalho nos governos do PT	120

4	SOBRE A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA DE UM CONCEITO E DE UM FENÔMENO	139
4.1	Precarização como processo histórico e fenômeno social	139
4.2	Fordismo, Estado de Bem-Estar Social e suas particularidades históricas	146
4.3	A precarização do trabalho no marco do capitalismo globalizado: flexibilidade, intensidade e desemprego estrutural nos moldes neoliberais	152
4.4	A precarização do trabalho no Brasil: condição estrutural com novas formas e dimensões	164
4.5	O avanço da precarização e o aprofundamento da precariedade no Brasil nos anos 2000	173
5	CATEGORIAS TEÓRICO-ANALÍTICAS PARA A APREENSÃO DO FENÔMENO DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS ACS	178
5.1	Condição de proletariedade, formas constitutivas e derivadas de valor e o trabalhador público	178
5.2	Gerencialismo: racionalidade toyotista na gestão pública de saúde	182
5.3	Além da precarização salarial: a precarização do homem-que-trabalha e a ‘captura’ da subjetividade	186
5.4	Manipulação, desefetivação e estranhamento: sofrimento em expansão	193
5.5	Sobre a intensificação do trabalho	202
6	TRANSFORMAÇÕES NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ACS: O QUE OS TRABALHADORES NOS REVELAM SOBRE A PRECARIZAÇÃO	205
6.1	Mediação enviesada: desefetivação e estranhamento no trabalho do ACS	208
6.1.1	<u>Trabalhar onde mora, morar onde trabalha: sofrer com e como o outro</u>	223
6.1.2	<u>Atividades ‘não-previstas’ ou ‘desvio de função’: o estranhamento da atividade e a intensificação do trabalho</u>	229
6.2	Gerencialismo: o espírito do toyotismo ‘encarnado’ no processo de trabalho na Atenção Básica	249
6.3	Trabalho inseguro e o risco pela falta: sem EPI, sem transporte, sem segurança	262
7	O CONTEXTO DE FORTALECIMENTO DA MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E OS DOCUMENTOS DE DESCONSTRUÇÃO DA AB E DO TRABALHO DOS ACS: A PNAB 2017, O PROFAGS E A LEI Nº 13595	269
7.1	Desvendando a nova PNAB: o texto no contexto	271

7.1.1	<u>Relativização da Cobertura</u>	274
7.1.2	<u>A segmentação do cuidado: padrões essenciais e ampliados de serviços</u>	276
7.1.3	<u>O reposicionamento da Estratégia Saúde da Família e a retomada da Atenção Básica tradicional: reconfiguração das equipes e do modelo de atenção</u>	282
7.1.4	<u>A PNAB 2017, certas ideias sobre o ACS e as implicações para o seu trabalho</u>	285
7.2	Programa de Formação em Enfermagem dos Agentes de Saúde (PROFAGS): a resolutividade também enviesada	292
7.3	Lei nº 13595 e os vetos presidenciais: o movimento dos ACS encontra o golpe.	294
7.4	Os caminhos meandrosos que atravessam conjunturas, aproximam ideias e distorcem projetos	296
	CONCLUSÃO	306
	REFERÊNCIAS	314
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevista	342
	APÊNDICE B - Roteiro de observação participante.....	347
	APÊNDICE C – Ficha de identificação do entrevistado.....	348
	APÊNDICE D - Termo de consentimento livre esclarecido	349
	APÊNDICE E – Mudanças legislativas que alteraram as relações de trabalho no setor privado no Brasil, adotadas durante os Governos de Fernando Henrique Cardoso	351
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	355

INTRODUÇÃO

O propósito deste estudo é colocar em discussão as diversas dimensões do processo de precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS). Inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1991, os ACS são hoje 263.306 trabalhadores que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF), compondo a Atenção Básica à Saúde (AB) no Brasil. Esses trabalhadores atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) que está presente em 5.482 municípios, alcançando 61% da população brasileira¹ (BRASIL, 2018a).

O SUS foi definido no texto constitucional de 1988 como um sistema universal de saúde fundamentado nos princípios da igualdade e da integralidade, que articula ações e serviços complementares nas três instâncias administrativas: municipal, estadual e federal. A Atenção Básica corresponde a um dos níveis de atenção deste sistema, considerado a principal porta de entrada e o eixo articulador do cuidado em saúde nos demais níveis de atenção. Desde 2006, há uma política específica que apresenta as diretrizes para a organização das ações, dos serviços e do trabalho na AB, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A AB tem relação com um conjunto de práticas de saúde internacionalmente conhecido como *Primary Health Care* - em português, Atenção Primária à Saúde (APS). Em geral, este representa o primeiro nível de contato das pessoas com a atenção à saúde, com perfil ambulatorial e capacidade para resolver os principais problemas e prevenir as doenças mais comuns. Em várias experiências internacionais de APS, encontramos os *Community Health Workers* (CHW)², grupo ao qual associamos os agentes comunitários de saúde, guardadas as devidas particularidades.

No âmbito do SUS, compreendemos a Atenção Básica como o equivalente nacional à APS³, que tem se expandido principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família, *locus* do trabalho dos ACS. NA ESF, os agentes comunitários de saúde são os trabalhadores responsáveis pela identificação, cadastramento e acompanhamento dos moradores das áreas adscritas às unidades de Saúde da Família. Exercem suas funções preferencialmente no

¹ O cálculo tomou como base os dados do IBGE sobre a população, o número de equipes implantadas e a cobertura de 3000 habitantes por equipe, conforme indicativo do MS.

² Trabalhadores Comunitários de Saúde.

³ Fausto e Matta (2007) indicam que a adoção do termo Atenção Básica no Brasil, a partir do desenvolvimento do SUS, representa uma tentativa de enfatizar a discordância com o viés seletivo que predominou no campo da Atenção Primária à Saúde em âmbito mundial. As variadas formas de configurar a APS nos diferentes países e contextos remetem a diferentes concepções sobre o processo saúde-doença e o direito à saúde.

território e desenvolvem ações de informação e educação em saúde, atuando na principal interface do SUS com a classe trabalhadora.⁴

O tema da precarização dos ACS é frequentemente abordado pela literatura como circunscrito ao fenômeno das formas irregulares de contratação, que não garantem os direitos e a segurança que julgávamos característicos dos contratos formais de trabalho. Na presente pesquisa, a partir de estudos desenvolvidos pela sociologia do trabalho, foi possível ampliar o escopo teórico que oferece base para a nossa análise, sem diminuir a importância da questão contratual. Percebemos a precarização como um processo social mais abrangente, que envolve várias dimensões do trabalho e da vida do trabalhador, que extrapolam as formas de vinculação.

Nossas práticas de pesquisa, aliadas à experiência de trabalho com os ACS, trazem-nos evidências empíricas da posição subalterna desse trabalhador e da baixa autonomia de que dispõe no processo de trabalho. Outros aspectos são indicativos das múltiplas dimensões que a precarização do trabalho dos ACS assume: a persistência da sua não profissionalização; a frequência com que esses trabalhadores são requeridos para as mais variadas tarefas, inclusive fora do âmbito da Estratégia Saúde da Família; e o esvaziamento ou a mudança de sentido das atividades educativas que tinham um papel central no escopo de suas atribuições. Elucidar os processos pelos quais esses elementos são constituídos e vão adquirindo estabilidade é parte importante do esforço dessa investigação.

Compreender o processo de precarização social do trabalho do agente comunitário requer contextualizá-lo no âmbito do SUS, procurando identificar as mediações capazes de nos levar a conhecer as determinações que o constituem. Nesse movimento, localizamos os ACS num conjunto de trabalhadores do campo da saúde pública, cujas funções são estratégicas para a implementação e o desenvolvimento de determinadas políticas, principalmente nas áreas da atenção e da vigilância. Apesar dessa importância, tais funções são desempenhadas por trabalhadores com vínculos precários e formação aligeirada.

Na vigilância, esses trabalhadores recebem várias denominações - guardas sanitários; agentes de combate às endemias (ACE); agentes de meio ambiente, agentes de vigilância à saúde - que apresentam atribuições, funções e histórias institucionais diversas, mas com ações e práticas comuns. (BATISTELLA, 2013). Em 2003, quando o Ministério da Saúde

⁴ O leitor encontrará explicações sobre essas políticas e as relações entre elas, com maior detalhamento e profundidade, ao longo do texto.

promoveu a análise da situação do trabalho no âmbito do SUS, estimou-se haver 500 mil trabalhadores⁵ atuando nessas condições, dos quais, 176 mil eram ACS. (BRASIL, 2003a).

As características da inserção, da vinculação e do perfil social atribuído a esses trabalhadores no SUS podem ser compreendidas como parte do processo de precarização do trabalho na esfera pública, promovido pelo Estado, tendo como vetor políticas que visam o direito à saúde. Sua legitimação se fundamenta na necessidade de capilarização de ações para territórios ou grupos populacionais desassistidos. Particularmente no caso dos ACS, essa legitimação apoia-se na expectativa de ampliação do alcance da atenção na direção de frações da classe trabalhadora, historicamente desprovidas ou com dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde.

No SUS as proposições relativas ao direito universal à saúde, com atendimento integral a todos os brasileiros, garantido mediante políticas, ações e serviços públicos, com participação e controle popular, não encontraram conjuntura que lhes fosse favorável. Ao contrário, o contexto de hegemonia das ideias neoliberais⁶ indicou o seu reverso (STOTZ, 2003) e a situação do trabalho e da formação profissional dos trabalhadores do SUS é expressão das determinações que circunscreveram o seu desenvolvimento.

Em seus 30 anos de existência constitucional, o SUS obteve avanços significativos na ampliação da cobertura da atenção à saúde. Entretanto, esses avanços se fizeram principalmente por meio de políticas e programas seletivos ou insuficientes que comprometeram as possibilidades de efetivação da universalidade do direito e da integralidade da atenção à saúde. O mesmo raciocínio dialético aplicado às ocupações em saúde aqui referidas mostra que, se por um lado, estas abrem postos de trabalho para uma parte significativa da classe trabalhadora, por outro, reforçam e ajudam a perpetuar as condições de desigualdade e de exploração do trabalho de frações dessa mesma classe.

⁵Esses dados foram produzidos no âmbito de um balanço promovido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do MS, num momento em que se discutia a formação e a desprecarização dos vínculos dos trabalhadores da saúde, dentre os quais se destacaram aqueles inseridos na Atenção Básica e, entre eles, os ACS.

⁶Entendemos por neoliberalismo a doutrina econômica que se tornou hegemônica em âmbito mundial, sendo adotada amplamente para o enfrentamento da crise capitalista gerada pelo esgotamento do regime de acumulação fordista e do Estado de Bem-Estar Social. Baseia-se num conjunto de ideias que abrangem as várias dimensões da vida em sociedade: política, econômica, social, jurídica e cultural e traz implicações para as diversas relações que os homens estabelecem entre si. Opondo-se ao Keynesianismo, o neoliberalismo promove a limitação do Estado basicamente às funções de segurança, justiça e polícia, reduzindo a sua participação direta em atividades produtivas e na promoção das políticas sociais. Sua cartilha prega a privatização de estatais, a redução dos gastos públicos de caráter social, a desregulamentação do mercado de trabalho, a liberalização do mercado interno e do comércio internacional e a abertura das economias nacionais para os investimentos estrangeiros, entre outras medidas de ajuste. O Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial tiveram importante papel para a difusão da doutrina neoliberal, induzindo a adoção do neoliberalismo principalmente entre os países com economias dependentes, com destaque para a América Latina e a Ásia (MANCIBO, 2009; ANDERSON, 1995; BORÓN, 1995)

O trabalho do ACS e o seu perfil social e profissional foram constituídos a partir de políticas públicas formuladas principalmente entre os anos 1990 e o início dos anos 2000. A necessidade desse trabalhador e as condições para a realização do seu trabalho foram produzidas a partir de determinações desse contexto histórico. Os anos 1990, sabemos, marcam a conversão brasileira ao neoliberalismo em que o Estado passa a sofrer um amplo processo de transformações que modificaram suas funções e atribuições, de modo a tornar possível o ajuste estrutural que o capital precisava promover (CASTRO et. al., 2006). Neste pacote de ajustes destacam-se a desregulamentação e a flexibilização da legislação trabalhista, a privatização do setor público e a incorporação de novos paradigmas de gestão, com repercussões sobre as políticas sociais, dentre as quais, as de saúde.

Contudo, nesse mesmo período, o acesso aos serviços de saúde ampliou-se, principalmente por meio da Atenção Básica (AB), com base no trabalho do ACS, inicialmente no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e no Programa Saúde da Família (PSF), que passaram à condição de estratégia (ESF)⁷ a partir de 1996/1997. Esta ampliação se fez de modo incompleto e condicionado, com restrições no escopo de ações, na abrangência da população, no acesso aos demais níveis de atenção à saúde e com uso de trabalho precário.

Uma chave importante para a compreensão do processo de precarização do trabalho dos ACS é justamente o perfil social e profissional que se atribuiu, ou foi delimitado, pelas políticas de saúde para esse trabalhador. Esse perfil carrega um registro de classe, vinculado a frações da classe trabalhadora em situação de desemprego ou em ocupações informais. Trata-se de trabalhadores com dificuldade de se inserirem ou de permanecerem em empregos estáveis, com baixa qualificação profissional e que experimentam períodos alternados de emprego e desemprego. Seus limites se constroem, portanto, a partir das desigualdades que estruturam a situação da classe trabalhadora no Brasil.

Na estruturação das políticas de saúde que se constituem conferindo relevância às atividades desse trabalhador encontramos, pelo menos, duas premissas. A primeira é que somente um morador que partilha as mesmas condições de vida das pessoas que moram nas chamadas comunidades, às quais os cuidados em saúde se dirigem, pode compreender bem os problemas de saúde por elas vivenciados, possuindo uma solidariedade praticamente imediata com o sofrimento de seus pares. Essa premissa remete a uma anterior, qual seja, de que

⁷ A noção de estratégia está relacionada à mudança de orientação do modelo de atenção à saúde para a qual a ESF seria o principal vetor. A princípio, orientando-se pela concepção ampliada do processo saúde-doença, a ESF deveria instituir práticas, ações e serviços voltados para a descentralização em relação à assistência hospitalocêntrica e à hegemonia da racionalidade biomédica. A partir da AB, projetava-se que esta reorganização alcançaria todo o sistema de saúde, integrando-se numa rede complementar e articulada de ações e serviços, organizados segundo os princípios e as diretrizes do SUS.

existem territórios em que residem pessoas e estas estabelecem relações de tal modo específicas e apartadas das relações sociais dominantes e do aparato de serviços oferecidos pelo Estado, que se produz uma clivagem entre, **de um lado**, o Estado e seus representantes, no caso, os profissionais de saúde, seus conhecimentos técnicos e práticas profissionais e, **de outro**, os moradores, seu modo de vida e a cultura local.

Tais premissas repercutiram nas limitações observadas na escolaridade, na formação profissional dos ACS, na exigência da moradia no território e na fragilização de seu vínculo contratual. No que tange à escolaridade, esse requisito transitou de ‘saber ler e escrever’ para o ensino fundamental, alcançando a exigência do ensino médio somente no início de 2018, com a Lei 13595 de janeiro de 2018 (BRASIL, 2018b). Quanto à qualificação, apesar do empenho em se elaborar uma proposta de formação profissional, expressa pela publicação conjunta entre o Ministério da Saúde e da Educação, em 2004, do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, esta não se consolidou como uma política formativa nacional. Quando oferecida, esta formação limita-se geralmente à primeira etapa (de 400h) do Curso Técnico, que conta com o financiamento do MS. Como resultado, a maior parte dos ACS não tem formação profissional específica para o trabalho.

Em relação aos vínculos, a exigência de residir na comunidade onde atua excluiu, por muito tempo, os ACS do estatuto do servidor público, uma vez que a forma de ingresso para o vínculo estatutário é o concurso público que impede a discriminação de candidatos por local de moradia (MOROSINI, 2010). Quando a função de ACS se tornou uma profissão legalmente reconhecida (Lei 10507/2002), um levantamento de base nacional referente aos anos de 2001 e 2002 indicava que somente 26% das equipes de saúde da família contratavam os ACS mediante os vínculos de ‘estatutário’ e ‘celetista’, considerados mais estáveis e portadores de direitos. (PIERANTONI; PORTO, 2006).

Ao iniciar a nossa pesquisa, admitíamos que a base da precarização do trabalho do ACS associava a baixa escolaridade e a não formação profissional à exclusão do vínculo estatutário, que se desdobrou na irregularidade das formas de contratação e nos baixos salários.

Em 2006, quando os ACS já somavam 219 mil trabalhadores, essa situação sofreu inflexões importantes com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 51/2006 (BRASIL, 2006a). Essa EC instituiu o processo seletivo público para os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias, com vistas à sua contratação na modalidade emprego público. Nesse mesmo ano, a Lei 11350 (BRASIL, 2006) definiu, entre outros aspectos, o

vínculo direto entre os agentes e “órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional”.

Recentemente, dados de pesquisas indicam que o quadro relativo aos vínculos e à escolaridade dos ACS se alterou. (GIRARDI et al, 2014; PINTO et al, 2015) Foi observado o aumento significativo da participação de contratos mais estáveis, com a garantia dos chamados direitos trabalhistas, como forma de contratação dos agentes. Os ACS também apresentam, hoje, uma maior escolaridade. A inexistência de uma política de formação profissional específica vem acompanhada da busca por outros cursos técnicos ou de nível superior, na saúde ou em outras áreas.

Além disso, em 2014, os ACS conseguiram aprovar o piso salarial nacional da categoria no valor de R\$1.014,00 (mil e quatorze reais), portanto 28% maior que o salário mínimo à época. A Lei 12994 (BRASIL, 2014a) que instituiu o piso apresentou as diretrizes para o plano de carreira dos agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias⁸.

Apesar dessas conquistas obtidas pela categoria, os ACS foram surpreendidos, em maio de 2016, com a sua retirada da composição da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família⁹, por meio da Portaria 958 (BRASIL, 2016a), publicada pelo Ministério da Saúde. Esta situação foi enfrentada pelo movimento organizado dos ACS que atuaram de forma intensiva junto aos deputados federais e ao MS, conseguindo a revogação do referido instrumento normativo. Entretanto, a ameaça de retirada ou de flexibilização da presença, até então obrigatória dos ACS na equipe mínima da Estratégia Saúde da Família, manteve-se implícita e retornou abertamente materializada em diretrizes da nova PNAB, publicada em 2017 (BRASIL, 2017a).

Em nossa investigação buscamos discutir a relação entre os eventos que apontavam para a retirada dos ACS das equipes e as dificuldades e ou contrariedade dos municípios em cumprir o piso salarial. Além de questões financeiras explicitadas nas argumentações de gestores, buscamos identificar concepções sobre o processo saúde-doença e o modelo de atenção que poderiam ser fortalecidas pelas propostas formuladas.

Tendo em vista o panorama mais amplo, essa situação torna-se ainda mais complexa. O agravamento dos ataques efetuados contra o SUS na conjuntura política brasileira atual,

⁸ O plano de carreira dos ACS e ACE ainda não foi instituído e o piso salarial não tem sido adotado em todos os municípios onde atuam os agentes.

⁹ Nesse momento, na vigência da PNAB 2011, a equipe de saúde da família devia ser composta, no mínimo, por médico generalista ou equivalente, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

posterior ao golpe político-legislativo-judiciário de 2016, integra um projeto regressivo em relação às políticas sociais, de perspectiva liberalizante em relação à economia e privatizante em relação ao Estado.

Considerando os riscos recentemente apresentados à continuidade do trabalho dos ACS na Estratégia Saúde da Família postos pela política de saúde e os relatos desses trabalhadores sobre seu processo de trabalho, coletados em situações de pesquisa ou em atividades de cooperação com o seu movimento organizado, compreendemos que a precarização persiste, se renova e se aprofunda, apesar da ‘desprecarização’ dos vínculos. Além da insegurança e do não acesso aos direitos associados ao trabalho, há questões relativas à precarização que transbordam as formas de contratação e têm a ver com outras dimensões do trabalho. Resultam principalmente das características da gestão da AB; das condições nas quais o trabalho se realiza; das relações estabelecidas no processo de trabalho; e do significado social de suas atividades. Manifestam-se, por exemplo, na percepção do ACS sobre o sentido de suas atribuições, na forma como este se insere na equipe, na sua autonomia para organizar e planejar as atividades, na satisfação obtida com o trabalho, no reconhecimento e na valorização social de suas funções. Afetam a subjetividade do trabalhador e se expressam pelo aparecimento de sofrimento, tensões e adoecimentos que se originam no contexto das atividades laborais.

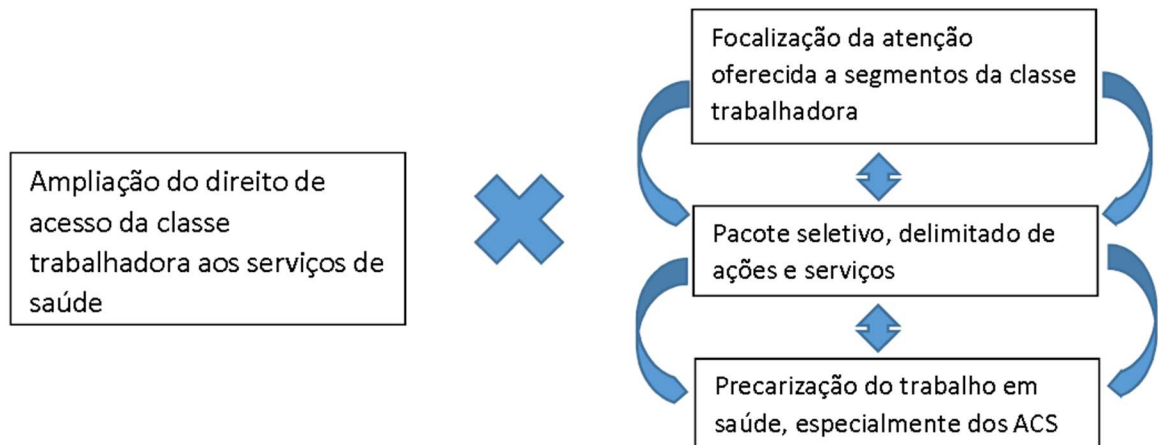
A particularidade do perfil social e profissional atribuído aos ACS representa um campo de mediações que nos permitiram acessar as determinações políticas, econômicas e sociais que concorreram para a configuração do seu trabalho. A partir desse perfil, buscamos reconstruir historicamente o problema da precarização, por intermédio da análise tanto das políticas, quanto do trabalho dos ACS. No conjunto de problemas que identificamos em relação ao processo de precarização desse trabalho, destacamos como **contradição principal** ou **primária** o fato de a ampliação do direito da classe trabalhadora de acesso aos serviços públicos de saúde, no Brasil, ter se produzido, no contexto do SUS, mediante a precarização do trabalho de frações dessa mesma classe.

A contradição primária, no sentido que lhe atribui Barata-Moura (2012), é aquela que comanda a orientação fundamental do desenvolvimento do processo em análise, ou seja, é no âmbito desta contradição que se decide a sua determinação material e o seu devir depende do desfecho que esta contradição venha a alcançar.

O processo de precarização do trabalho dos ACS integrou, juntamente com a seletividade do pacote de atenção oferecido e a focalização ou o direcionamento deste pacote a frações da classe trabalhadora, o polo contraditório em relação à ampliação do direito à

saúde dessa mesma classe, cujas frações se encontram em situação mais vulnerável de reprodução da existência. Deste modo, caracterizou-se uma política compensatória, de alcance limitado e, não, universal.

Esse conjunto de relações interligadas, complementares e interdependentes pode ser assim representado:



Tais relações constituem o que entendemos ser a contradição principal em relação ao processo de precarização social do trabalho dos ACS, que se desdobra em outras contradições que chamaremos de secundárias. As contradições secundárias, segundo Barata-Moura (2012), são derivadas da contradição principal, ou seja, são determinadas como contradições em relação a algo mais fundamental, e a sua solução remete a processos que se dão em instâncias mais radicais.

Conseqüentemente, entendemos também que a resolução das contradições secundárias depende da superação da contradição primária ou, como diz o autor, é “tributária de outras resoluções” (BARATA-MOURA, 2012, p. 358).

É considerando tal distinção que assumimos como hipótese central da pesquisa a continuidade do processo de precarização do trabalho dos ACS, ainda que problemas relativos aos vínculos contratuais de trabalho tenham sido parcialmente equacionados.

Este estudo pressupõe o entendimento de que o perfil social e profissional dos ACS tem limites que são reiterados pela divisão social e técnica do trabalho, que desenha um processo de trabalho hierarquizado e fragmentado, reproduzindo, entre os trabalhadores da saúde, as desigualdades sociais sob a forma de diferenças salariais, de poder, de valorização social, entre outras. Esses limites são igualmente reforçados pelas insuficiências do sistema de saúde que restringem o acesso da classe trabalhadora a outros níveis ou momentos de cuidado

e pelas medidas de gestão do trabalho, orientadas segundo a perspectiva gerencialista, produtivista e privatista.

A investigação empírica nos permitiu ver que o quadro complexo que retrata a realidade do trabalho na ESF está associado a experiências de sofrimento e insegurança, assim como produz efeitos sobre o conteúdo, a organização e as relações de trabalho dos ACS, no serviço e na comunidade, repercutindo sobre a satisfação do trabalhador com o seu trabalho, sobre o seu próprio bem-estar e sobre as condições das quais dispõe para a organização e a luta política.

Em particular, destacamos a importância do modelo de atenção à saúde que guarda relação com várias dimensões relativas ao trabalho em saúde, compreendendo a concepção e a organização dos serviços, do processo de trabalho, do conteúdo, do objeto, das finalidades e dos modos de efetuar o trabalho em saúde. Destarte, encontra-se em lugar privilegiado em relação à produção das condições para a realização do trabalho dos ACS.

Delimitamos como período para a pesquisa, o tempo que compreende a criação da função de ACS no âmbito do SUS, em 1991, até o início do ano de 2016. Nesse período, encontramos as condições históricas que determinaram a conformação das políticas de saúde no Brasil, após a institucionalização do SUS, particularmente aquelas atinentes ao trabalho em saúde e, especificamente, ao trabalho dos ACS. Localizamos também os desafios que, de certo modo, atualizam conflitos que se repetem, com algumas variações de enredo, na história do trabalho dos ACS no SUS.

O período pesquisado compreende dois contextos distintos. O primeiro abrange a institucionalização do trabalho dos ACS no SUS a partir de 1991, pouco depois da criação do próprio SUS em 1990, a sua integração à Estratégia Saúde da Família e o seu desenvolvimento até o reconhecimento da profissão de agente comunitário de saúde, em 2002. Esse intervalo corresponde aos governos Collor de Mello/Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso (dois mandatos), nos quais prevaleceram as concepções de corte neoliberal e privatista na condução do Estado brasileiro e das políticas públicas.

Dirigimos um olhar para o passado em busca dos processos que continuam a repercutir no presente, seja na forma do que permanece, seja naquilo que se transformou, e de suas relações com o modo como se configura, hoje, o processo de precarização social do trabalho dos ACS. Para essa compreensão, precisamos reconhecer a particularidade histórica do desenvolvimento das políticas sociais no Brasil, nos remetendo ainda mais atrás, às condições de desenvolvimento de nossa formação social e do Estado brasileiro, relacionadas às especificidades do desenvolvimento do capitalismo no Brasil.

No que se refere à segunda parte do período focado, particularmente a partir de 2003, as condições determinantes no campo macropolítico brasileiro passam a integrar um contexto diferenciado, delimitado pela assunção do Partido dos Trabalhadores (PT) à Presidência da República, à frente de uma coalizão partidária cuja composição de forças e cujo processo de produção de hegemonia modificou-se em relação ao período anterior.

Em 2003, cabe destacar a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, no início do primeiro governo Lula. Ao ser instituída, a SGTES materializou um nicho específico de formulação política para as questões relativas ao trabalho e à educação em saúde. Sua criação possibilitou maior visibilidade a tais questões e definiu um campo de convergência e disputa de interesses em torno das políticas referentes ao trabalho e à educação dos trabalhadores do SUS, no âmbito da ossatura material do Estado brasileiro.

A SGTES permanece até hoje no organograma do Ministério da Saúde, mas o seu direcionamento, a sua atuação e o seu poder político precisam ser vistos em relação com as diferentes composições do referido Ministério, decorrentes dos acordos políticos feitos para sustentar a aliança partidária que teve o PT à frente do Poder Executivo Federal. Destacamos particularmente a importância relativa das questões referentes ao trabalho e à educação em saúde nas diferentes conjunturas. Essa situação tem um marco diferenciado no golpe de 2016, a partir do qual o poder público e suas instituições precisam ser vistos em conjunto com os processos políticos que delimitam uma nova conjuntura.

O movimento do real nos levou a incluir a análise de fatos acontecidos após 2016, ou seja, em período posterior à delimitação final do tempo abarcado pela pesquisa. Essa extrapolação deveu-se à publicação de documentos normativos que tiveram como objeto o trabalho dos ACS ou que o abrangiam entre as suas determinações, projetando efeitos sobre esse trabalho. Construimos a análise a partir dos documentos normativos do período estipulado na pesquisa, elegendo parâmetros que nos permitissem a comparação com estes mais recentes, relativos a processos de disputa em curso quanto ao escopo de atribuições, a formação, a capacidade resolutiva e a própria pertinência do trabalho dos ACS.

A necessidade de tratar de fatos em sua ocorrência no presente, em meio à tensão e aos conflitos que os envolvem, traz limitações, mas se justifica pela gravidade das questões recentemente produzidas. Cabe também destacar a oportunidade de registrar e analisar os desdobramentos do fenômeno da precarização e a radicalidade que assumem no contexto de agravamento da crise política e de rompimento das relações democráticas liberais no Brasil, a partir do golpe de 2016.

O objetivo de nosso estudo consistiu em analisar dimensões da precarização social do agente comunitário de saúde que transcendem as questões derivadas das formas de contratação. Isto nos conduz a uma análise em três planos: o primeiro, referente às políticas de saúde, especialmente quanto ao modelo de atenção, à gestão do trabalho e da educação na saúde e à organização do trabalho e dos serviços de saúde; o segundo, referente ao processo de trabalho e às relações no trabalho em saúde; e o terceiro, referente aos efeitos que os problemas identificados nesses dois primeiros planos provocam para o trabalhador como ser social, em suas dimensões pessoais e subjetivas.

Esta é uma separação somente metodológica e tais planos não têm limites fixos, uma vez que as condições e relações que os integram interagem entre si, constituindo dinâmicas e nexos que, associados, determinam as particularidades do processo de precarização social do trabalho dos ACS.

No plano político, especificamente das políticas que configuram o próprio Sistema Único de Saúde, destacamos:

- A Política Nacional de Atenção Básica e as disputas entre a perspectiva do direito universal à saúde e a cobertura universal de saúde, assim como as diferentes concepções quanto ao modelo de atenção à saúde (de predominância biomédica e curativa ou baseada na clínica ampliada e integrada à prevenção e à promoção da saúde);
- As políticas de gestão dos serviços e do trabalho em saúde que incluem, além dos problemas relativos aos vínculos e aos direitos associados ao trabalho, as questões relativas ao desenvolvimento do ideário gerencialista, o trabalho orientado por prioridades e metas, a utilização de mecanismos de avaliação e controle e o pagamento por produtividade;
- A política de formação profissional dos ACS, considerando o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, publicado em 2004. O fato de o Curso Técnico não ser implementado dificulta a profissionalização dos ACS e, conseqüentemente, reforça a fragilidade de sua posição como trabalhador da saúde.

No plano do processo de trabalho e das relações no trabalho, destacamos a hierarquização do trabalho em saúde, no qual sobressai a hegemonia dos trabalhadores de nível superior, especialmente do médico, que assume papel central na organização do processo de atenção à saúde; mas também do enfermeiro, cuja categoria inicialmente opôs-se à criação da função de ACS, mas assumiu a supervisão/coordenação do seu trabalho. Nesse

plano, ressaltam-se as transformações operadas no trabalho dos ACS em função da introdução e difusão dos novos parâmetros de gestão do trabalho, de cariz produtivista.

Em relação ao trabalhador como ser social, em suas dimensões pessoais e subjetivas, buscamos os efeitos emocionais, físicos e psíquicos, o sofrimento, os sentimentos (de satisfação, de frustração etc.) provocados no trabalhador na relação com o seu trabalho. Nesse plano foi importante observar o valor e o sentido atribuído ao trabalho do ACS por ele próprio, pelas pessoas que atende, e pelos outros trabalhadores; as dificuldades para alcançar os objetivos do seu trabalho; a autonomia/heteronomia na organização e condução do trabalho; e as condições que produzem desgaste para o agente.

Considerando esses três planos de análise a respeito do processo de precarização social do trabalho dos ACS e as interseções entre eles, indagamos:

Como se caracteriza hoje o processo de precarização social do trabalho dos ACS?

Que dimensões estão envolvidas nesse processo, além do vínculo de trabalho?

Como tem se caracterizado o conteúdo do trabalho dos ACS (atribuições, responsabilidades, atividades)?

De que modo a precarização social do trabalho dos ACS se relaciona com as questões relativas à efetivação da saúde como um direito universal? E com as disputas em torno do modelo de atenção à saúde?

Como esses trabalhadores se inserem e participam nas equipes multiprofissionais de saúde da família? Como se caracteriza a relação dos ACS com os demais trabalhadores dessas equipes?

Como se caracteriza, hoje, a relação dos ACS com a chamada comunidade em que mora e atua?

Como se configuram os limites referentes ao tempo de trabalho e tempo de vida?

Como os agentes comunitários de saúde percebem o seu trabalho?

De que forma os novos modelos de gestão do trabalho e seus instrumentos repercutem no processo e no conteúdo do trabalho dos ACS?

Que efeitos têm sobre o sujeito trabalhador as possíveis alterações no conteúdo, na forma e no processo de trabalho dos ACS referentes aos novos modelos de gestão do trabalho (sofrimento, insatisfação)?

Os questionamentos apresentados nos levaram a construir como objetivos específicos:

1. Compreender o processo de precarização social do trabalho dos ACS em relação com as propostas e os projetos distintos, os interesses e as posições conflitantes que

disputam as políticas públicas de saúde, principalmente, a Política Nacional de Atenção Básica e o modelo de atenção que a orienta predominantemente;

2. Analisar as relações entre o perfil social e profissional dos ACS (a sua origem comunitária, sua formação e os atributos subjetivos a elas agregados) e o processo de precarização social do seu trabalho, problematizando a inscrição de classe desses trabalhadores e dos usuários do SUS;
3. Analisar as relações entre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e a precarização social do trabalho dos ACS, considerando a perspectiva gerencialista e produtivista de gestão do trabalho.
4. Identificar e analisar as relações entre o processo de precarização social do trabalho dos ACS e a forma como os ACS se reconhecem como sujeitos no trabalho e na sociedade em geral.

O material empírico, a partir do qual identificamos e analisamos as transformações do trabalho dos ACS, remete ao âmbito normativo, em que encontramos os documentos políticos da Atenção Básica em Saúde com inflexões sobre o trabalho dos ACS, ou que têm por objeto específico o trabalho dos ACS; e ao âmbito da prática social desses trabalhadores, no qual encontramos as narrativas dos ACS sobre as condições em que realizam suas atividades laborais e o registro das observações de campo.

Trata-se de âmbitos distintos, porém relacionados, por meio dos quais se revelam as disputas em torno do trabalho dos ACS: que atividades o compõem, como estas são realizadas, a quem se dirigem, com quais finalidades, que formação as sustentam, sob quais condições e relações de trabalho.

O eixo da *práxis* política - que não será diretamente desenvolvido nesta pesquisa de doutorado - contribuiu para definir o nosso ponto de vista e para construir nossas motivações e indagações para a pesquisa. Trata-se do âmbito das questões levantadas pela luta, pelo movimento organizado dos ACS sobre o seu trabalho e das ações empreendidas, especialmente pela Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS), pela Federação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (FENASCE) e pelo Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SINDACS-RJ), na conquista de direitos e em resposta às alterações que têm sido experimentadas na prática e produzidas no plano político e normativo. Como professora-pesquisadora da educação profissional em saúde e militante do SUS, as inquietações que me movem ao estudo e à pesquisa surgem daí, no contato com os afetos, os saberes e os

questionamentos dos trabalhadores ACS em sala de aula e nos encontros de assessoria e acompanhamento do movimento político da categoria.

Acompanhamos um intenso processo de produção normativa e legislativa do trabalho dos ACS iniciado em 2016, enquanto participávamos da pesquisa “Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na Perspectiva dos Saberes, Práticas e Competências”, também denominada ‘Projeto Saberes’ (RAMOS et al, 2017), fonte dos dados para o segundo âmbito de análise do processo de reconfiguração do trabalho dos ACS. Trata-se de uma pesquisa multicêntrica, de caráter qualitativo, realizada entre 2015 e 2017, com o objetivo de analisar o processo de trabalho dos técnicos que atuam na ESF, entre os quais os agentes comunitários de saúde. Foram abordados vários temas relativos à trajetória escolar e profissional, às atribuições, ao escopo das práticas, às relações *de e no* trabalho.

Integramos a equipe do Projeto Saberes, participando das atividades de organização e preparação para o trabalho de campo, de consolidação dos referenciais teóricos e de definição das estratégias metodológicas da pesquisa. Foram selecionados vinte municípios brasileiros. Nesta tese analisamos o material empírico proveniente da pesquisa de campo efetivada nos oito municípios da região nordeste contemplados no projeto.

O roteiro de entrevistas não foi originalmente projetado para a nossa pesquisa de doutorado, mas nós participamos da sua elaboração bem como do trabalho de campo. A abrangência dos temas desenvolvidos permitiu que identificássemos várias questões relativas a mudanças de sentido e de organização do trabalho dos agentes, que podem ser interpretadas como expressões da precarização que os atinge, assim como, nos deu acesso a narrativas de sofrimento, dificuldades, realizações e disputas.

Definimos alguns critérios para a seleção dos municípios cujo material empírico comporia o *corpus* dessa tese. Os principais, de conteúdo e diretamente articulados com a hipótese da pesquisa, foram: abordar os ACS com maior tempo de inserção e trabalho na ESF e cujos vínculos estão regularizados, entendendo que, equacionadas as questões contratuais, outros aspectos da precarização social do trabalho do ACS poderiam se tornar mais visíveis. Como critérios secundários, definimos: o número de estados envolvidos no campo e o número de municípios - o que repercute diretamente sobre o número de entrevistas em análise, assim como o fato de incluir uma capital. Aplicados esses critérios, a região Nordeste destacou-se, apresentando contextos diversificados e com capacidade de adensar a nossa reflexão.

As categorias teóricas desenvolvidas na interação com as questões de pesquisa proporcionaram melhor compreensão e análise dos fenômenos que configuram o trabalho dos ACS hoje. A condição de proletariedade e a captura da subjetividade referem-se ao plano

mais geral do fenômeno, podendo ser **depreendidas** do empírico; o estranhamento e a intensificação correspondem ao plano mais específico do fenômeno, podendo ser **identificadas** no empírico. Teoricamente, apoiamo-nos em Marx e nos estudos de Alves, Antunes e Iasi, que nos remeteram a Lukács, ajudando-nos a compor as relações entre essas categorias e o nosso objeto de pesquisa.

Identificamos as mediações que se manifestam na particularidade desse trabalho e as elaboramos sob a forma de categorias operacionais da pesquisa. São elas: 1) As ‘promessas’ não cumpridas e a frustração do trabalhador e do usuário; 2) A condição de morador-trabalhador e seus desdobramentos; 3) A burocratização das atividades; 4) A redução da autonomia do trabalhador; 5) A captura do significado social e a discordância de propósito do seu trabalho; 6) A subtração do tempo para o trabalho educativo; 7) O sofrimento originado no trabalho; 8) A desproteção da saúde do trabalhador.

Os achados da pesquisa foram analisados numa perspectiva histórica, procurando perceber e compreender as relações gerais e particulares que, articuladas, determinam o momento atual do trabalho dos ACS no SUS.

No processo de construção desta tese de doutorado, consideramos importante compartilhar o caminho teórico percorrido para conquistarmos as bases conceituais, as categorias e a perspectiva crítica que nos permitiram abordar, analisar e compreender o fenômeno da precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

Para a organização do presente texto, definimos capítulos que, de modo equilibrado, apresentassem tanto as construções teóricas, quanto o processo de pesquisa e as análises empreendidas sobre o material colhido em campo. Nossa intenção é deixar o nosso rastro visível, disponibilizar o traçado do estudo, da investigação e da análise a quem se interessar pelas temáticas que abordamos.

No capítulo 1, apresentamos a compreensão que desenvolvemos do materialismo histórico-dialético e suas categorias. Esse é o método de investigação da realidade social a partir do qual buscamos apreender e analisar as relações que constituem o fenômeno da precarização social do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Apresentamos também as concepções sobre trabalho e trabalho em saúde e as principais noções e conceitos a respeito do Estado e das políticas sociais que nos orientaram na compreensão e na análise contextualizada das políticas que enfocamos nesta tese.

No capítulo 2, discutimos aspectos da contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro e seus desdobramentos no campo das políticas públicas de saúde, com especial atenção para suas relações com as disputas pela configuração da Atenção Primária à Saúde ou da Atenção

Básica em Saúde no SUS, mais especificamente da Estratégia Saúde da Família, terreno no qual se desenvolve o trabalho dos ACS. Colocamos também em perspectiva histórica a constituição da APS, apontando as diferentes concepções que marcaram o seu trajeto internacional e nacional. Localizamos a particularidade do trabalho do ACS em relação aos *Community Health Workers*, as origens do seu trabalho e as mudanças ocorridas ao longo de sua atuação na ESF.

No capítulo 3, trazemos os primeiros resultados da pesquisa, referentes à análise dos documentos publicados entre 1997 e 2011, representativos da construção do arcabouço normativo do trabalho dos ACS. Apresentamos as definições sobre as atribuições desses trabalhadores, presentes nesse primeiro conjunto de documentos políticos/normativos e o sentido das mudanças que têm sido empreendidas nesse plano.

No capítulo 4, apresentamos a nossa apropriação da literatura acerca da precarização como um fenômeno social e um objeto de estudo, principalmente, no campo da sociologia do trabalho. Buscamos compreender a historicidade desse fenômeno, intrínseco ao desenvolvimento do modo de produção capitalista, e as especificidades de sua expressão na atualidade, a fim de percebermos os elementos universais e particulares que constituem a precarização do trabalho no Brasil. Enfocamos as particularidades das décadas de 1990 e 2000, período em que o trabalho do ACS se desenvolveu e as condições determinantes de sua precarização também.

No capítulo 5, apresentamos as categorias nas quais baseamos a análise dos dados obtidos sobre o processo de precarização do trabalho dos ACS por meio do trabalho de campo, nas entrevistas com os sujeitos da pesquisa. São elas: condição de proletariedade, captura da subjetividade, estranhamento e intensificação do trabalho. Foram discutidas também as noções de ‘formas constitutivas e derivadas de valor’ e as concepções relativas à caracterização e à crítica ao ‘gerencialismo’. As categorias e noções estudadas foram fundamentais para a apreensão das especificidades do fenômeno da precarização do trabalho dos ACS, considerando as particularidades do trabalho na esfera pública, e para a compreensão das questões relativas à precarização do homem-que-trabalha.

No capítulo 6, discutimos os dados obtidos a partir da análise das entrevistas com dezenove agentes comunitários de saúde de oito municípios da região Nordeste (NE). Analisamos as falas dos trabalhadores buscando explicitar os aspectos da precarização e como estes se articulam com as condições e as relações no trabalho na ESF. As categorias operacionais são apresentadas e relacionadas aos achados da pesquisa.

No capítulo 7, analisamos os textos normativos produzidos no contexto posterior ao golpe de 2016. Trata-se de um período de intensa produção de alterações no plano legislativo. Enfocamos os principais documentos voltados para a Atenção Básica e especificamente para o trabalho do ACS.

Esta é uma tese construída por uma profissional da saúde que busca compreender os processos que concorrem para a produção de iniquidades, desigualdades, limites e sofrimentos que afetam um trabalhador central no desenvolvimento da recente ampliação do acesso à saúde no Brasil. Percorremos um caminho singular, trilhado a partir da interação com o objeto e pelas necessidades específicas relativas à nossa trajetória como psicóloga de formação, sanitarista, professora e pesquisadora no campo da saúde pública, com enfoque no trabalho e na educação dos trabalhadores técnicos.

Faz parte dessa singularidade o longo tempo compartilhado com os sujeitos em torno dos quais formulamos as preocupações centrais que movem esse estudo. Trabalhamos com os agentes comunitários de saúde, como educadores e educandos, companheiros de luta e sujeitos da pesquisa, inclusive do mestrado, desde o início da década de 1990. Nosso primeiro encontro foi em 1993, quando, por intermédio do professor Victor Valla, conhecemos o grupo de agentes de saúde chamado ‘Sementinha’, atuante em comunidades da região da Leopoldina, no município do Rio de Janeiro. Antes de a ESF se desenvolver nesse município, já havia vários grupos de agentes de saúde ligados principalmente à Pastoral da Criança, trabalhando de forma voluntária. Conhecemos principalmente mulheres que dominavam saberes populares para cuidar da saúde com ervas que elas mesmas plantavam, receitas caseiras, orações, bênçãos e outras habilidades centenárias herdadas do universo popular feminino. Desde então, trilhamos caminhos que nos aproximam.

No tempo transcorrido, os agentes se intitucionalizaram no SUS e o que parecia um horizonte de conquistas e possibilidades de melhores condições de emprego e vida, construiu-se de modo contraditório. De um lado, o trabalho trouxe melhorias, sim, com certa estabilidade, oportunidade de elevação da escolaridade e de formação profissional, ainda que não como ACS. Por outro lado, a precarização os acompanhou, assumindo formas nítidas e objetivas, relacionadas à contratação irregular, à ausência de direitos, aos baixos salários e à insegurança, assim como formas menos tangíveis, como a pouca autonomia, a insatisfação e o sofrimento com o trabalho.

1 CONCEPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

1.1 Materialismo histórico e dialético: o método e suas categorias

Nossa pesquisa de doutorado orientou-se pelo materialismo histórico-dialético, filosofia e método de investigação da realidade social a partir do qual buscamos apreender e analisar as relações que constituem o fenômeno da precarização social do trabalho dos agentes comunitários de saúde. A própria eleição da precarização como um problema e o seu delineamento como um objeto de estudo são tributários da perspectiva crítica construída com base no materialismo histórico e dialético.

1.1.1 Conhecimento, realidade social e trabalho

Compreendemos a produção do conhecimento como um processo que está relacionado de forma indissociável a uma visão de mundo, a um modo de conceber a realidade a ele interligada e que o antecede (FRIGOTTO, 2012a). Nas palavras de Kosik (2002, p. 33): “toda teoria do conhecimento se apoia, implícita ou explicitamente, sobre uma determinada teoria da realidade e pressupõe uma determinada concepção da realidade mesma”.

Para Marx (1983), a realidade social é produto da ação humana, diferente da natureza que se constituiu independentemente do homem, a história do homem é feita pelo próprio homem, isto é, resulta do trabalho humano. **Trabalho** é uma primeira categoria do método que buscaremos apresentar.

Compreendemos a categoria trabalho em seu duplo sentido - ontológico (ou ontocriativo) e histórico. A dimensão ontológica do trabalho está relacionada ao fato de ser esta uma condição necessária à existência humana em qualquer tempo e espaço, enquanto sua dimensão histórica decorre de esta condição assumir diferentes formas nos diversos modos pelos quais a existência humana se produz (FRIGOTTO, 2009; RAMOS, 2007).

A dimensão ontológica do trabalho humano é destacada por Marx (1983) e Engels (2004) que o entendem como a atividade por meio da qual o homem interage com a natureza buscando satisfazer suas necessidades e, ao fazê-lo, modifica a natureza e a si próprio. Trata-se da condição distintiva do homem em relação aos animais, derivada da sua capacidade de agir intencionalmente sobre a natureza, projetando um resultado a ser alcançado por meio de sua ação, o que o torna diferente da natureza e relativamente autônomo em relação a ela.

Podemos dizer, portanto, que o homem se faz homem por meio do trabalho e que este é condição para a sua existência e transformação:

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. (...) Ao atuar por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (...) Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção de suas colmeias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera (MARX, 1983, p. 149).

Segundo Kosik (2002), o homem que se cria como ser social, no fazer-se enquanto tal, produz tanto os bens materiais que integram a materialidade, resultante direta do trabalho, como também as relações e instituições que conformam as condições sociais. Baseado nisto, em correlação com esta base, produz ainda as ideias, as concepções, as emoções, as qualidades e os sentimentos humanos. Portanto, a forma de pensar o mundo, as relações e os sentimentos experimentados entre os homens são também históricos e tributários do processo de produção da existência material do homem em sociedade.

Saviani (2007), partindo da concepção de trabalho em Marx, enfatiza a indissociabilidade de suas dimensões ontológica e histórica, explicando que:

Ora, o ato de agir sobre a natureza transformando-a em função das necessidades humanas é o que conhecemos com o nome de trabalho. Podemos, pois, dizer que a essência do homem é o trabalho. A essência humana não é, então, dada ao homem; não é uma dádiva divina ou natural; não é algo que precede a existência do homem. Ao contrário, a essência humana é produzida pelos próprios homens. O que o homem é, é-o pelo trabalho. A essência do homem é um feito humano. É um trabalho que se desenvolve, se aprofunda e se complexifica ao longo do tempo: é um processo histórico (SAVIANI, 2007, p. 154).

No marco do capitalismo, o trabalho assume características próprias a este modo de produção. Em sua análise, Marx (1984) revela o capital como uma relação histórica, uma forma determinada de sociabilidade entre os homens, cuja origem está associada a um duplo movimento, isto é, um movimento de acumulação acompanhado da expropriação dos produtores diretos, isto é, dos trabalhadores, no longo processo histórico que corresponde à transição do feudalismo para o capitalismo¹⁰. O principal mecanismo desse processo foi a tomada de bens, particularmente de terras à Igreja, ao Estado e à comunidade, transformando relações tradicionais e comunitárias de posse e uso da terra pelos trabalhadores, em relações de propriedade privada da qual os trabalhadores estão excluídos.

¹⁰ Marx chama de acumulação primitiva “o processo histórico de separação entre produtor e meio de produção” o qual constitui “a pré-história do capital e do modo de produção que lhe corresponde”. (MARX, 1984, p. 262)

Nas palavras do próprio Marx:

(...) o processo que cria a relação-capital não pode ser outra coisa que o processo de separação de trabalhador da propriedade das condições de seu trabalho, um processo que transforma, por um lado, os meios de subsistência e de produção em capital, por outro, os trabalhadores diretos em trabalhadores assalariados. (MARX, 1984, p. 262)

‘Libertos’ das relações sociais feudais e dos meios de produção, os homens podem estabelecer, em suposto pé de igualdade, a relação contratual necessária para as atividades econômicas em desenvolvimento: o contrato de trabalho capitalista, por meio do qual o capitalista compra a força de trabalho dos operários. Este contrato revela-se, entretanto, somente formalmente justo ou igualitário. O seu conteúdo desigual reside no fato de se estabelecer entre entes muito diferenciados quanto à propriedade. Marx e Engels, no Manifesto Comunista de 1848, afirmam que:

Com o desenvolvimento da burguesia, isto é, do capital, desenvolve-se também o proletariado, a classe dos trabalhadores modernos, que só sobrevivem se encontram trabalho, e só encontram trabalho se este incrementa o capital. Esses trabalhadores, que são forçados a se vender diariamente, constituem uma mercadoria como outra qualquer, por isso exposta a todas as vicissitudes da concorrência, a todas as turbulências do mercado. (MARX e ENGELS, 1998, p. 14)

Na medida em que se torna uma mercadoria, a força de trabalho do homem ‘livre’ pode ser legalmente comprada e vendida, sendo remunerada por meio de um salário. No modo capitalista de produção da existência, o trabalho assume a forma do trabalho assalariado, constituindo uma relação contratual por meio da qual o trabalhador vende a sua força de trabalho ao detentor dos meios de produção, relação esta que os define como duas classes antagônicas - o proletariado e o capitalista – com interesses radicalmente distintos e inconciliáveis.

É esta forma assalariada que o trabalho assume no modo de produção capitalista, associada à extração da mais-valia e do lucro, que formam os elementos que ajudam a compreender o aprofundamento da desigualdade social que acompanha o desenvolvimento e a universalização das relações sociais capitalistas. São também elas que permitem que a desigualdade inerente às relações capitalistas permaneça opaca nesse processo. Marx mostrou como isto se tornou possível e legal.

O valor pago ao trabalhador pelo seu trabalho corresponde a um equivalente referente ao tempo de trabalho necessário à reprodução de sua força de trabalho. Entretanto, como mercadoria comprada, a força de trabalho pode ser utilizada pelo capitalista por um determinado tempo (jornada de trabalho diária/semanal) que, ao ultrapassar o tempo

necessário ao pagamento do salário do trabalhador, passa a produzir um valor excedente que é apropriado pelo capitalista (mais-valia). Nas palavras de Marx:

A taxa de mais-valia, se todas as outras circunstâncias permanecerem invariáveis, dependerá da proporção entre a parte da jornada de trabalho necessária para reproduzir o valor da força de trabalho e o excedente de tempo, ou sobretrabalho, realizado para o capitalista. Dependerá, por isso, da proporção em que a jornada de trabalho é prolongada além do tempo durante o qual o operário, com o seu trabalho, reproduz apenas o valor de sua força de trabalho, repõe o seu salário (MARX, 2004, p. 92)

A apropriação do valor excedente produzido pelo trabalhador é legal uma vez que, por ter vendido sua força de trabalho ao capitalista, tudo o que o trabalhador produz não lhe pertence, mas pertence ao capitalista. Assim, mesmo que uma parte do trabalho diário realizado pelo trabalhador fique sem remuneração, ou seja, a parte correspondente ao sobretrabalho que gera a mais-valia, o trabalhador não se apercebe disso. Segundo Marx, prevalece uma falsa aparência de que o trabalho não remunerado foi pago e essa aparência é característica do trabalho assalariado em relação às demais formas históricas assumidas pelo trabalho. (MARX, 2004).

A análise marxista do modo de produção capitalista revelou então que uma relação historicamente desigual e, com resultados necessariamente opostos, não necessariamente é percebida enquanto tal. A opacidade da desigualdade da relação estabelecida entre capital e trabalho se engendra na legalidade do contrato de trabalho, com a sua aparente justiça, e na compra da força de trabalho, mediante o pagamento de um salário que o contrato instituiu, mascarando-a. Nessa relação, o dinheiro é o equivalente universal que permite concretizar o reconhecimento recíproco das supostas ‘igualdade’ e ‘liberdade’ entre o trabalhador e o capitalista e a troca, aparentemente voluntária e sem violência, é a esfera da vida social em que isto se dá.

No processo de universalização das relações capitalistas de produção, a relação entre capitalista e operário, que se estabeleceu desigual desde o início, tende a se aprofundar e a produzir resultados necessariamente opostos entre os capitalistas e os trabalhadores:

Como o capitalista e o operário só podem repartir entre si esse valor, que é limitado, isto é, o valor medido pelo trabalho total do operário, quanto mais um deles receber, menos o outro receberá, e vice-versa (MARX, 2004, p. 101).

A propriedade privada dos meios de produção e a fundamental divisão social do trabalho, promovida por meio dela, foram as condições que permitiram o surgimento das classes sociais de interesses antagônicos que caracterizam o modo de produção capitalista na sociedade industrial que se desenvolvia: os capitalistas e os proletários (MARX, 2004).

Konder (1991) reforça que a propriedade privada e a divisão da sociedade em classes tornaram possível a alguns homens explorarem o trabalho dos outros, introduzindo uma contradição fundamental no seio da humanidade.¹¹

A apropriação do trabalho por outra pessoa, antes mesmo de sua realização, faz com que o trabalhador passe a experimentar um estranhamento em relação ao seu próprio trabalho. Dessa forma, o homem, em vez de se realizar no seu trabalho, aliena-se nele; deixa de se reconhecer em suas próprias criações, passando a se sentir ameaçado por elas e, em vez de liberdade, acaba alcançando novas formas de opressão (KONDER, 1991).

Pensar a realidade do trabalho a partir da dialética materialista, implica buscar e expor as contradições assumidas historicamente pelo trabalho no modo de produção capitalista e se dedicar a identificar, no movimento dialético, as possibilidades de superação das condições sociais que conformam tais contradições (KONDER, 1991).

Como realidade histórica, produto da ação humana, em constante movimento e transformação, a realidade é infinita e, portanto, não pode ser conhecida integralmente. Consequentemente, o conhecimento da realidade é parcial. O que se pode fazer para conhecê-la - e o que se pode dela conhecer - é buscar apreender as múltiplas determinações que, relacionadas, condicionam, produzem e, portanto, explicam o real. Em outras palavras, trata-se de buscar apreender o movimento do real e as leis que o governam, compreendidas como tendências históricas, não como determinações fixas, a-históricas. (NETTO, 2011).

Historicamente concebido, o processo do conhecimento não diz respeito a descobrir a ordem supostamente natural e, por ser natural, também supostamente permanente das coisas, nem se limita a explicar (ou justificar) o existente. Produtos da ação humana, realidade e conhecimento estão abertos ao devir, à possibilidade de transformação. O objeto do conhecimento - a realidade social - tem uma existência objetiva, mas esta não é exterior ao homem, uma vez que resulta da ação dos homens entre si.

Esse movimento da relação sujeito-objeto, que expressa a marca da ação humana sobre o real, constitui uma das categorias do método materialista histórico e dialético - a **historicidade** – que nos incita a compreender a precarização social do trabalho dos ACS como algo produzido socialmente, ou seja, decorrente das relações sociais que delineiam a

¹¹A respeito das classes fundamentais, concordamos com a ressalva feita por Frigotto (2012, b) ao dizer que não são as classes fundamentais somente que estruturam a sociedade capitalista, mas que estas revelam os interesses que se opõem no processo histórico. Segundo o autor, o mais importante é ter em mente que a sociedade de classes, a exclusão e a alienação por ela produzidas não estarão superadas enquanto houver extração de mais-valia.

particularidade do trabalho em saúde no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde que, assim como pode ser conhecido, pode também ser transformado.

1.1.2 Realidade: totalidade e dialética

Segundo Lukács (2003), a realidade é um todo dialético do qual os fatos são partes estruturais, cuja compreensão depende de sua relação com o todo que, por sua vez, está sempre se fazendo, se desenvolvendo, se modificando. Trata-se, assim, de um todo dialético e histórico que se configura como mais do que a simples soma das partes que a compõem. O que o torna diferente do mero somatório de seus elementos constituintes é justamente a relação que estes estabelecem entre si nessa totalidade, conformando um sistema integrado, uma nova unidade, na qual as partes podem ser discriminadas, individualizadas, mas o fazem em função do todo, compondo uma unidade na diversidade (PRADO JR, 1973).

É nesse sentido que Kosik (2002) afirma que:

Um fenômeno social é um fato histórico na medida em que é examinado como momento de um determinado todo; desempenha, portanto, uma função dupla, a única capaz de dele fazer efetivamente um fato histórico: de um lado, definir a si mesmo, e de outro, definir o todo (...) (p. 49).

A realidade como um **todo estruturado** corresponde a um conjunto articulado cujas partes são interdependentes e se organizam segundo determinadas leis, em certas condições. Como um **todo dialético**, a totalidade apresenta-se como um conjunto articulado em permanente movimento, que se desenvolve e se transforma e no qual a parte e o todo se determinam, se definem e se revelam mutuamente. Conhecer a realidade social compreendida como uma totalidade concreta consiste, portanto, em apreender as relações das partes com o todo e vice-versa, que organizam e concretizam esse todo historicamente.

A parte não existe senão em relação com o todo; ela é o plano das **mediações**. Por sua vez, o todo só tem existência em cada uma ou por meio de suas partes. Assim, as partes e o todo estabelecem entre si uma relação necessária de modo tal que o que afeta a parte repercute no todo e, também, o contrário. Entretanto, essa repercussão não é direta, ela é mediada pela relação que esta parte e o todo estabelecem entre si. Nas palavras de Coelho (2010, p. 11), “a parte participa da vida do todo, atualiza-o, inicia ou interrompe mudanças explorando as contradições, mas sempre desenvolvendo as possibilidades criadas pela sua relação com ele”.

Segundo o autor, assim como a parte revela o todo, ela também o esconde, uma vez que o revela somente parcialmente. Em outras palavras, o todo não se revela enquanto tal, na

parte que se dá a conhecer imediatamente, na evidência sensível, empiricamente acessível e singular do todo. É preciso, portanto, aprofundar a análise da relação desta parte com o todo, com a totalidade das múltiplas relações ou determinações que o conformam, para que a realidade se revele.

Totalidade é outra categoria do método no qual buscaremos apoiar nossa investigação, lembrando, entretanto, que a totalidade é, antes de mais nada, a resposta à pergunta “o que é a realidade”, ou seja, corresponde a um atributo da realidade social. Somente depois, e em decorrência da resposta materialista dada a esta questão, pode ser tratada como um “princípio epistemológico e exigência metodológica” (KOSIK, 2002, p. 43).

1.1.3 Mediações e contradições: os caminhos de acesso ao real pensado

Kosik (2002) afirma que a essência do fenômeno social não se revela imediatamente. A manifestação imediata e aparente do fenômeno corresponde ao que este autor chama de **pseudoconcreticidade**, que precisa ser superada para que se alcance a **concreticidade** do fenômeno em estudo. O que entendemos por concreto, na perspectiva do materialismo histórico-dialético, não corresponde ao que apreendemos imediatamente do real. O concreto somente pode ser apreendido por meio do pensamento; ele resulta de um processo de análise.

Prado Jr (1973) nos ensina que o conhecimento provém de operações mentais por meio das quais o homem representa a realidade objetiva, ou seja, o conhecimento é produto do pensamento humano. Esse pensamento não é um ato, mas um processo que parte das representações imediatas do homem diante da realidade, dos fenômenos, num movimento em espiral, em busca de suas leis gerais, de seus princípios abstratos que, alcançados, possibilitam o retorno ao ponto inicial, porém modificado, ou seja, o concreto pensado (KOSIK, 2002; KONDER, 1991).

O ponto de partida do conhecimento do real é uma primeira síntese, mesmo que ainda precária, da realidade. A partir dela, por meio do pensamento, o homem decompõe e recompõe esse primeiro conhecimento do real, essa expressão difusa, reconstruindo-o por meio de um caminho que segue de um nível mais complexo para o mais simples e retorna, finalmente, ao mais complexo, no qual a expressão geral inicial pode se expressar de forma bem determinada.

O concreto pensado é assim fruto de um trabalho de análise e síntese realizado pelo pensamento dialético que é “obrigado a identificar, com esforço, gradualmente, as contradições concretas e as mediações específicas que constituem o ‘tecido’ de cada

totalidade, que dão ‘vida’ a cada totalidade” (KONDER, 1991, p. 46). Para Kosik (2002), é a análise das **mediações e contradições** que constituem o fenômeno social que nos permite revelar a sua essência.

As **mediações** correspondem aos processos pelos quais se consegue transitar entre o plano mediato e imediato do conhecimento real, isto é, entre a universalidade teórica e a singularidade dos fenômenos em uma dada realidade histórica. Podem ser compreendidas como as relações de interdependência entre as esferas que compõem a vida social.

As **contradições**, por sua vez, são aqui compreendidas como o princípio básico do movimento pelo qual a realidade assume continuamente novas formas, transforma-se. Konder (1991) nos lembra que as transformações históricas são dialeticamente constituídas tanto por um processo de negação, quanto de preservação do que havia antes, porém, elevado a um nível superior. Segundo esse autor, Marx afirma, simultaneamente, que não há nada na realidade humana que se situe ou se produza acima ou fora da história e que há certos aspectos dessa realidade que se mantêm ao longo da história. Essa continuidade é o que permite que os homens sigam sendo homens, mesmo que em constante transformação.

Intrinsicamente associada à compreensão da totalidade concreta está, então, a **dialética**, qualidade da realidade, que se apresenta como “trama de relações contraditórias, conflitantes”, como “leis de construção, desenvolvimento e transformação dos fatos”. (FRIGOTTO, 2012a, p. 162). A relação entre as categorias mediação e contradição impõe-se ao raciocínio dialético justamente pela constatação de que, para compreendermos a realidade humana em sua **processualidade** é preciso atentarmos para a conexão muito próxima que se mantêm entre o que os aspectos da realidade são e o que eles não são, superando as possibilidades limitadas do raciocínio lógico e linear.

As conexões que se estabelecem entre as partes que compõem o real, enquanto uma totalidade, e as relações destas partes com o todo que constituem nos remetem a três dimensões de apreensão dos fenômenos que compõem o real: a **singularidade**, a **particularidade** e a **universalidade**. (LUKÁCS, 1967)

A **singularidade** é a expressão do que distingue um fenômeno, do que o torna único. Está relacionada às condições próprias de uma dada realidade, cujas relações sociais historicamente construídas conferem especificidade aos fenômenos nelas circunscritos. Ao expressar algo que é único, a singularidade não nos permite ainda ver o que há de universal neste fenômeno. No plano do conhecimento, é preciso buscar as expressões do universal que o constituem. Para isto, é preciso acessar as particularidades.

A **particularidade** é o plano no qual se revelam os mecanismos que atuam para a determinação do modo de ser da singularidade. É o território das mediações, ou seja, dos processos que nos permitem perceber tanto a manifestação do universal, quanto as condições que possibilitam o modo de ser da singularidade. O particular expressa o universal, assim como condiciona a forma como este se concretiza no singular.

Ciavatta (2009) nos lembra que, para Lukács, a particularidade é o campo das mediações no qual se concretizam as múltiplas determinações que nos possibilitam transitar do singular ao universal, alcançando a concretização histórico-social do objeto investigado.

O **universal**, ao mesmo tempo que contradiz as variações representadas pelas expressões singulares do fenômeno, contém toda a riqueza dessas variações que se apresentam tanto como possibilidade, quanto como qualidade necessária ao seu desenvolvimento.

Podemos dizer que o singular é parte de um todo/universal que se constitui e se concretiza na interação dinâmica com as singularidades. Estas, por sua vez, têm a sua existência condicionada às relações que estabelecem entre si e com o todo.

A compreensão da realidade implica, portanto, a identificação e a explicitação dos nexos existentes entre essas três dimensões. Em outras palavras, a apreensão dos fenômenos sociais, para além da sua aparência, implica decodificar a relação dialética entre o singular, o particular e o universal que constitui uma propriedade objetiva dos fenômenos sociais. A busca do conhecimento do real implica descobrir os vínculos que as partes estabelecem entre si e com o todo, reconhecendo que, assim como o todo contém as partes, a parte (singular) contém algo do todo (universal). Conhecer um fenômeno social é conhecer as relações que o constituem, num “movimento dialético de progressiva apreensão do real” (CIAVATTA, 2009, p.139).

A realidade social da qual tratamos diz respeito às relações sociais no marco do capitalismo, às sociedades nas quais os homens produzem a sua existência sob a dominância das relações de classes, instituídas a partir de sua participação estruturalmente desigual no modo de produção. O conflito de interesses antagônicos entre essas classes se faz presente também na produção do conhecimento acerca do real que, portanto, não atende ao estatuto da neutralidade. Tanto a produção da realidade, quanto a produção do conhecimento a seu respeito se fazem sob a hegemonia de relações de classe, de modo que a classe dominante busca a conservação das condições do real que reforçam o seu poder de classe e a classe dominada buscaria a sua transformação/superação. Daí o potencial revolucionário da segunda e os interesses presentes no conhecimento produzido sob a hegemonia da primeira.

O sentido da mudança social pretendida pela ação política da classe trabalhadora organizada, o curso e a consequência desta ação constituem o indicador da objetividade do conhecimento que se põe em prática, em favor da transformação social empreendida por meio da luta de classes. Trata-se da *práxis* revolucionária que Marx assim descreve: “a coincidência da mudança das circunstâncias e da atividade humana ou autotransformação, só pode ser tomada e racionalmente entendida como *práxis revolucionária*. (MARX; ENGELS, 2002, p.122)

Gramsci (1991), filósofo da *práxis*, define o significado histórico do conhecimento, dado pela sua eficácia:

“o valor histórico de uma filosofia pode ser ‘calculado’ a partir da eficácia ‘prática’ que ela conquistou (e ‘prática’ deve ser entendida em um sentido lato). Se é verdade que toda filosofia é a expressão de uma sociedade, ela deveria reagir sobre a sociedade, determinar certos efeitos, positivos e negativos. A medida em que ela reage é justamente a medida de sua importância histórica, e não ser ela ‘elucubração’ individual, mas ‘fato histórico’ (GRAMSCI, 1991, p. 34).

No âmbito deste estudo, não pudemos nos deter na análise da organização política dos agentes comunitários de saúde. Respeitando os limites do desenho desta pesquisa de doutorado, entendemos que nossa contribuição repousa na compreensão das relações que delineiam o trabalho desses sujeitos históricos e na explicitação dos interesses que disputam a sua construção que, sendo histórica, pode ser modificada.

Nosso compromisso ético-político consiste na produção de um conhecimento que permita revelar as condições que possibilitam o processo de precarização social do trabalho dos ACS em suas múltiplas dimensões. No caminho que percorremos procuramos: identificar o conjunto de fenômenos que o processo de precarização social do trabalho dos ACS integra; apreender como estes estão estrutural e conjunturalmente organizados; compreender as mediações que, analisadas, iluminam as relações que conformam este todo organizado e suas contradições.

Partimos das primeiras impressões observadas e, num processo de análise e sínteses, tentamos exaurir as expressões fenomênicas desse processo. Procuramos nos aproximar da realidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde, perseguindo a mais abrangente compreensão das determinações que o constituem. Começamos pelo diálogo com o que entendemos acerca das especificidades do trabalho em saúde.

1.1.5 - Trabalho em saúde

Se o trabalho remete à produção da existência humana, o trabalho em saúde é essencial para a continuidade e a qualidade dessa existência, ou seja, está localizado no

conjunto das relações sociais de reprodução da vida dos homens em sociedade. Portanto, se, em seu sentido ontológico, o trabalho é o que permite e diferencia o viver dos homens, a saúde, ou o trabalho em saúde, permite o seu prosseguimento ou não, assim como, contribui para definir as condições em que o modo de vida do homem se dá, se desenvolve e se reproduz. Destarte, a saúde não corresponde somente a um campo de trabalho, a uma área técnica específica do conhecimento, ou a um setor em que um sujeito ou um coletivo desenvolve o seu trabalho, mas a uma dimensão essencial da vida humana em sociedade.

Consideremos como elementos fundamentais que constituem o processo de trabalho: uma atividade que se orienta para um determinado fim; a matéria ou o objeto sobre o qual intervém o trabalho; os meios ou os instrumentos de realização do trabalho; o conhecimento, as práticas e as técnicas mobilizadas para o trabalho; o produto do trabalho; e as relações de e no trabalho. Todos esses componentes estão presentes no trabalho em saúde e guardam relação com as concepções sobre o processo saúde-doença existentes em uma dada sociedade.

De um modo geral podemos agrupar as compreensões sobre o processo saúde-doença nas sociedades ocidentais em três conjuntos principais de ideias e práticas:

- A racionalidade biomédica, ou anatomofisiopatológica, cujo foco se restringe aos aspectos biológicos e fisiológicos do adoecer humano, inclusive das afecções de ordem mental ou psíquica, detendo-se sobre o corpo doente e o meio ambiente (físico);
- O entendimento que abrange também as relações humanas e os afetos, transcendendo a dimensão material, mas não necessariamente a esfera individual ou familiar do adoecimento;
- A compreensão que contempla o indivíduo em seus mais diversos aspectos e a sociedade, as relações historicamente produzidas que afetam o modo como as pessoas vivem, como adoecem e as possibilidades socialmente disponíveis para a recuperação, prevenção e promoção da saúde. O meio é muito mais do que o ambiente físico, integra um território geográfico, social, cultural, com características produzidas pela natureza, pelo homem e pelas relações humanas.

Assim, numa perspectiva clínica de base anatomofisiológica e patológica, por exemplo, o objeto seria a doença, no máximo o corpo biológico, seu portador; as práticas compreenderiam atividades de investigação, diagnóstico, prescrição e tratamento; os instrumentos de trabalho seriam os aparelhos, os exames, os medicamentos. Essa concepção, que restringe o fenômeno saúde-doença aos seus aspectos biológicos, aparta-o da teia de relações sociais que o determinam e o condicionam, contribuindo, de um lado, para a

naturalização do processo saúde-doença e a sua delimitação no corpo adoecido; de outro, para a reprodução das condições de vida das diferentes classes sociais no modo de produção capitalista. Nesse contexto de ideias e práticas, o trabalho em saúde desconsidera as desigualdades entre os sujeitos sociais e as formas como se constroem as necessidades de saúde, nos diversos segmentos da sociedade. Este tem sido o pensamento dominante no campo da saúde mundial e brasileiro.

Filiamo-nos à vertente que compreende o processo saúde-doença como uma produção social, histórica e cultural, que reúne dimensões individuais e coletivas, como defendido por Laurell (1983). Neste processo, a experiência do adoecimento é vivida por um indivíduo, experimentada em seu corpo ou mente, mas as condições que levaram ao adoecimento, a forma como essa experiência será vivenciada e valorizada, assim como as possibilidades de enfrentá-la ou superá-la estão relacionadas à forma como o modo de produção da vida humana está organizado numa determinada sociedade, num certo tempo histórico.

No Brasil, no auge do Movimento pela Reforma Sanitária¹², firmou-se uma definição de saúde que converge para essa compreensão:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

Em geral, o objeto de intervenção do trabalhador da saúde é outro sujeito e/ou uma coletividade e o resultado do trabalho é construído na relação que se estabelece entre os sujeitos das ações de saúde, manifestando-se imediatamente ou sendo projetado num prazo futuro. O trabalho em saúde é fortemente dependente do conhecimento e das relações humanas, mas dispõe crescentemente de tecnologias de base física. Estas estão presentes nas diversas frentes do processo de trabalho: investigação e diagnóstico, terapêutica clínica ou cirúrgica; recuperação; prevenção, entre outras. O grau de incorporação deste tipo de tecnologia acompanha a organização dos serviços de saúde, em níveis diferenciados e complementares de atenção à saúde.

Pires (2000) caracteriza o processo de trabalho em saúde como um trabalho coletivo, no qual são particularmente valorizadas as qualidades de caráter subjetivo¹³, além das

¹² Entendemos como Reforma Sanitária o movimento político-social que, no contexto das lutas sociais pela redemocratização do país e de construção de uma sociedade mais justa e igualitária, visava a reorganização das políticas no setor saúde. Entre as ideias que disputaram esse movimento destacamos aquelas que defendiam um sistema público, universal e gratuito, compreendendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

qualidades e perícias técnicas do trabalhador. O processo de trabalho é marcado por relações intersubjetivas, tanto entre o trabalhador e o sujeito que ele atende, quanto na interação com os demais trabalhadores que compõem as equipes das instituições de atenção à saúde.

Segundo a autora, trata-se de um processo de trabalho organizado de forma parcelar e hierarquizada, do qual participam diversos profissionais, com hegemonia do trabalho e do saber médicos. Podemos dizer que a hierarquização do trabalho em saúde reproduz, guardadas as devidas especificidades, a mesma lógica geral da divisão social e técnica do trabalho capitalista, na qual as dimensões técnicas estão intrinsecamente associadas às relações sociais que dividem as classes entre as funções laborais de caráter predominantemente intelectual e manual, subalternizando as segundas em relação às primeiras.

Mendes-Gonçalves (1992) nos mostra que a divisão social do trabalho em saúde se dá de modo vertical e horizontal. Vertical, pela distribuição de conhecimento, responsabilidades, atribuições e *status* social distintos entre grupos sociais diferentes, como é o caso, por exemplo, dos médicos em relação aos enfermeiros ou destes em relação aos auxiliares e técnicos que compõem a equipe de enfermagem. Horizontal, pela distinção dos médicos em especialidades diagnósticas e terapêuticas ou pela incorporação de profissionais não-médicos, com funções ditas complementares em relação ao trabalho do médico, como o psicólogo e o fisioterapeuta, entre outros.

Nessa hierarquia, o tempo de formação, o processo histórico de valorização dos saberes e práticas profissionais no processo saúde-doença e a organização corporativa das profissões e grupos profissionais atuantes na saúde têm resultado na centralidade do poder médico e na subalternidade dos trabalhadores de nível médio. Num lugar intermediário, situam-se os enfermeiros e os demais trabalhadores de nível superior que atuam na saúde, mas ainda de forma complementar e dependente em relação ao trabalho do médico. Os enfermeiros destacam-se desse grupo por incorporarem funções de chefia, coordenação e supervisão em relação aos trabalhadores auxiliares e técnicos das equipes de enfermagem e, mais recentemente, por estenderem essas atribuições também em relação aos agentes comunitários de saúde.

Os agentes comunitários de saúde encontram-se na base da pirâmide social do trabalho em saúde, especificamente, na Estratégia Saúde da Família. Como vimos, são integrantes das frações da classe trabalhadora cuja trajetória alterna situações de desemprego, com emprego intermitente e ocupações com formas precárias de contratação. Não têm formação profissional

¹³ Compreendemos que a valorização dos chamados atributos subjetivos do trabalhador transformou-se numa característica do trabalho no marco da produção flexível, tratamos disso nos capítulos 4 e 5.

específica na saúde e sua trajetória é marcada por baixa escolaridade ou discrepâncias entre os anos de estudo e a idade.

Mendes-Gonçalves (1992, p. 33) descreve também o trabalho em saúde como um processo “que não se objetiva, via de regra, em um produto destacado, no tempo e no espaço, das condições de sua geração (os momentos essenciais do processo de trabalho) e das condições de seu consumo”. O autor afirma que processos de trabalho como a saúde e a educação produzem resultados que se integram de modo imediato ao devir do próprio homem como indivíduo, ou das condições objetivas por meio das quais as relações sociais se reproduzem. Eles não assumiriam imediatamente a forma de mercadorias a serem apropriadas, não participando diretamente do processo de produção de mais-valia e de acumulação de capital, o que os difere dos processos de trabalho produtivos estrito senso.

Entretanto, apesar de importante, a distinção entre trabalho produtivo e improdutivo, não é o movimento sobre o qual nos deteremos para elucidar a natureza e a forma do trabalho estranhado dos ACS. Isto porque, nos tempos de crise estrutural do capital, a forma social do trabalho abstrato se imiscui nas mais variadas formas de trabalho humano, inclusive nas atividades consideradas improdutivas. A lógica produtivista invade as relações de trabalho exteriores à produção de valor e as múltiplas dimensões da vida humana são impregnadas pela sintaxe existencial do valor (ALVES, 2013). Desenvolveremos melhor as noções implicadas nessa discussão no capítulo 5 desta tese.

Uma particularidade importante do trabalho do ACS é o fato de este se desenvolver no âmbito de uma política pública e, portanto, guardar relação com direitos conquistados pelas classes trabalhadoras. Ao mesmo tempo, pelo mesmo motivo, as principais características que o constituem se produzem a partir de normatizações emanadas do Estado brasileiro. Passaremos, agora, a explorar concepções acerca do Estado e das políticas públicas que nos ajudam a compreender os processos envolvidos na configuração do trabalho do ACS.

1.2 Sobre Estado e Política no Âmbito das Formações Sociais Capitalistas

Para Marx e Engels, a gênese do Estado moderno encontra-se na divisão da sociedade em classes, derivada da forma como estão organizadas as relações sociais de produção e da divisão social do trabalho conforme a descrevemos anteriormente.

No mesmo processo no qual se deu a tomada, principalmente, de terras à Igreja, ao Estado e à comunidade, que modificou radicalmente as relações tradicionais e comunitárias de posse e uso da terra pelos trabalhadores, convertendo-as em relações de propriedade privada

da qual os trabalhadores estão excluídos, deu-se também a separação da esfera da produção (sociedade civil) da esfera do controle e da regulação, isto é, da reprodução das relações que os homens estabelecem entre si para produzir e garantir os meios e as formas pelas quais essa produção se realiza – o Estado. Essa relativa separação material entre a sociedade civil – esfera das relações econômicas – e o Estado – esfera do político -, permite que este assumira uma existência diferenciada, própria em relação à sociedade civil (MARX, 1984; COUTINHO, 2008).

Nesse movimento, o Estado toma para si as decisões que dizem respeito à vida comum, monopolizando a esfera legal da política, ao mesmo tempo em que despolitiza a sociedade, e o faz a partir dos interesses da classe dominante, portanto, sem a possibilidade de representar o interesse comum. Somente os interesses particulares dessa classe, por meio do Estado, impõem-se supostamente como o ‘interesse geral’. (COUTINHO, 2008)

Nas palavras de Marx e Engels:

Pela emancipação da propriedade privada em relação à comunidade, o Estado adquiriu uma existência particular junto da sociedade civil e fora dela; mas ele nada mais é do que a forma de organização que os burgueses constituem pela necessidade de garantirem mutuamente a sua propriedade e seus interesses, tanto no exterior quanto no interior. (MARX e ENGELS, 2002, p. 114)

A historicidade do capitalismo e do Estado a ele relacionado revelam-se, desvelando também a abstração que representa a condição de igualdade atribuída aos cidadãos desse Estado. O Estado capitalista moderno é compreendido como um elemento histórico, indissociável da divisão da sociedade em classes sociais e, por isso, parcial, e somente aparentemente, mas não efetivamente, universal. Afirmada a sua inscrição de classe e a sua parcialidade, o Estado é destituído da condição de árbitro justo e desinteressado da sociedade e seus conflitos. (MARX e ENGELS, 1998; 2002).

Como resultante da luta de classes, o Estado expressa os interesses da classe dominante que precisam ser generalizados para toda a sociedade e, por isso, não pode ser o momento da universalização efetiva, a instância neutra, síntese dos interesses comuns a todos e, portanto, capaz de formular as políticas em prol do bem comum. Ao contrário, o Estado funciona como um ‘comitê executivo da burguesia’. (MARX e ENGELS, 1998)

No Manifesto do Partido Comunista, publicado em 1848, destacamos trechos que expressam a compreensão da relação entre a ascensão da burguesia como classe dominante, a instituição de um novo modo de produção e o fenômeno estatal nas sociedades modernas:

(...) a burguesia moderna é ela mesma o produto de um longo processo moldado por uma série de transformações nas formas de produção e circulação.

Cada uma dessas etapas de desenvolvimento da burguesia foi acompanhada por um progresso político correspondente. (...) com estabelecimento da grande indústria e do mercado mundial, a burguesia conquistou, finalmente, o domínio político exclusivo no Estado representativo moderno. O poder do Estado moderno não passa de um comitê que administra os negócios comuns da classe burguesa como um todo. (MARX e ENGELS, 1998, p. 9-10).

Segundo essa concepção, a função do Estado é precisamente assegurar a permanência ou a reprodução das relações sociais de produção, porém, de forma dissimulada, apresentando o interesse da classe dominante como o interesse comum, o bem comum. Essa função do Estado é exercida por meio da coerção, do uso da força, e se materializa nos aparelhos repressivos que constituem a estrutura do Estado. (COUTINHO, 2008)

O fenômeno estatal em Marx e Engels caracteriza-se, portanto, como “a expressão direta e imediata do domínio de classe (‘comitê executivo’) exercido através da coerção (‘poder de opressão’)”, cuja materialidade institucional se resume aos aparelhos repressivos e burocrático-executivos¹⁴. (COUTINHO, 2008, p. 200) A sociedade civil é compreendida como o âmbito da produção e reprodução da vida material, sendo fundamental na determinação das relações sociais de um modo geral. A estrutura (base econômica) determina em última instância a superestrutura (onde se localiza a política) constituindo-se, assim, no fator ontológico primário na explicação da história.

Deve-se notar, entretanto, que para Marx e Engels, assim como Lenin¹⁵, essa relação ontológica entre a base e a superestrutura não é mecânica, ela sofre mediações, assim como, a economia não é compreendida como uma esfera apartada da totalidade social, do conjunto das relações sociais. (GRAMSCI, 2007; COUTINHO, 2008)

1.2.1 A ampliação do Estado em Gramsci

Partindo da concepção de Estado desenvolvida por Marx e Engels, Gramsci, vivendo em outro momento histórico, teve a oportunidade de ampliar a concepção de Estado. À esfera estatal, composta pelos aparelhos institucionais, executivos e repressivos do Estado, Gramsci acrescenta a sociedade civil, compreendida por ele como a instância formada pelos sujeitos coletivos ou aparelhos privados de hegemonia. (COUTINHO, 2003)

A originalidade do pensamento Gramsciano, em relação ao pensamento marxista com o qual dialoga, se produz em resposta à maior complexidade das relações e das formas de

¹⁴ Essa configuração do Estado corresponde ao que se chamará concepção restrita em diferenciação à concepção ampliada desenvolvida a partir de Gramsci, conforme veremos mais adiante.

¹⁵ Coutinho (2008) lembra que, em Lenin, a noção de formação econômico-social é uma importante expressão da compreensão das múltiplas determinações existentes na realidade e no conflito de classes por ele analisados.

organização social, em comparação àquelas estudadas por Marx e Engels. (COUTINHO, 2003; 2008) Do final do século XIX ao início do século XX, o capitalismo sofreu importantes transformações, construindo novas facetas, como o imperialismo, o predomínio do capital bancário sobre o industrial, a organização empresarial em larga escala, entre outras características que fazem parte dessa nova realidade. Ao mesmo tempo, vão se intensificando os processos de socialização da participação política, também desde o final do séc. XIX, com o surgimento dos grandes sindicatos, o funcionamento de partidos operários e populares de massa, os jornais dos proletários com grande circulação e a universalização do sufrágio direto e secreto. (COUTINHO, 2008).

Nessas formações econômico-sociais complexas, a obtenção do consenso tornou-se condição necessária para a dominação, o que levou não somente à criação de novas instituições sociais, mas também à modificação da relação entre antigas instituições – como a Igreja e a escola - e o Estado (sentido restrito). Nos Estados modernos, tornados laicos, a Igreja e a escola separaram-se do Estado e ganharam certa autonomia em relação a este, modificando o seu papel e a sua forma de atuar na sociedade. (COUTINHO, 2003; 2008).

Analisando as sociedades urbano-industriais que lhe são contemporâneas, complexificadas pelo desenvolvimento do capitalismo, pela socialização das relações de produção e a ampliação, diversificação e transformação das instituições sociais, Gramsci consegue perceber que se desenvolvera uma esfera social diferenciada, com leis e funções relativamente autônomas e específicas, tanto em relação ao âmbito econômico quanto ao dos aparelhos repressivos do Estado. (COUTINHO, 2003; 2008) Foram essas as condições que permitiram a constituição da sociedade civil como Gramsci a conheceu e que, ao mesmo tempo, possibilitaram a esse autor desenvolver a especificidade de sua teoria política. Para Coutinho (2003), de certa forma, o que faltou aos marxistas clássicos, a Marx e a Engels, foi oportunidade histórica no tempo em que viveram para conhecerem plenamente as relações de poder numa sociedade capitalista desenvolvida.

Na concepção gramsciana, o Estado consiste num todo orgânico formado pela aparelhagem estatal (sociedade política) - o Estado em sentido estrito - e os aparelhos privados de hegemonia (sociedade civil) – os organismos sociais aos quais se adere voluntariamente e que são, por isso, relativamente autônomos em relação ao Estado em sentido estrito. (FONTES, 2006).

Nas palavras do próprio Gramsci:

Por enquanto, podem-se fixar dois grandes ‘planos’ superestruturais: o que pode ser chamado de ‘sociedade civil’ (isto é, o conjunto de organismos designados

vulgarmente como ‘privados’) e o da ‘sociedade política ou Estado’, planos que correspondem, respectivamente, à função de ‘hegemonia’ que o grupo dominante exerce em toda a sociedade e àquela de ‘domínio direto’ ou de comando, que se expressa no Estado e no governo ‘jurídico’. (GRAMSCI, 2004a, p. 20-21)

Apesar de diferenciadas pelo autor, as duas esferas integrantes do Estado ampliado (sociedade política e sociedade civil), são trabalhadas por ele de forma dialética, como uma unidade na diversidade. Compondo o Estado, elas têm em comum o fato de ambas, partindo dos interesses de uma classe fundamental, atuarem para a conservação ou a promoção das relações econômicas, distinguindo-se, entretanto, no modo de operar e quanto ao lugar do qual partem suas ações: na sociedade política, a dominação se faz mediante a coerção a partir dos aparelhos repressivos de Estado e, na sociedade civil, a hegemonia se faz pelo consenso e a direção política, a partir dos aparelhos privados de hegemonia. (SEMERARO, 1999; COUTINHO, 2003).

Segundo Coutinho (2003, p. 129), “Gramsci registra assim o fato novo de que a esfera ideológica, nas sociedades capitalistas avançadas, mais complexas, ganhou uma autonomia material (e não só funcional) em relação ao Estado em sentido estrito”.

A sociedade civil tem a ver com a forma como as classes dominantes asseguram a adesão das classes subalternas e de frações de sua própria classe. Corresponde ao lugar da produção da hegemonia, sendo, ao mesmo tempo, espaço de luta intra e inter classes, cujos instrumentos são as organizações que têm o papel de formular e moldar vontades e, desse modo, produzir e disseminar o convencimento. (COUTINHO, 2003; 2008). Compreender esse processo torna-se, portanto, uma questão central para um pensador engajado num projeto político de transformação social, em conhecer e potencializar os meios pelos quais as classes subalternas podem empreender suas lutas de forma a superar a ordem social capitalista.

Especificamente no que diz respeito à sociedade civil, cabe notar uma ampliação que Gramsci faz em relação a Marx. Enquanto Marx concebe a sociedade civil como a base material, o conjunto das relações econômicas, denominada também de estrutura ou infraestrutura, Gramsci também compreende a sociedade civil como o conjunto das instituições por meio das quais os interesses dos diferentes grupos sociais são representados e seus valores simbólicos e ideologias são elaborados e/ou difundidos (COUTINHO, 2008). Nela se incluem a escola, a igreja, os sindicatos, os partidos políticos, os meios de comunicação, entre outros.

Assim concebida por Gramsci, a sociedade civil abrangeria relações da esfera de superestrutura. Ao fazê-lo, Gramsci não retira da estrutura (ou infraestrutura) a “centralidade ontológico-genética, explicativa, para atribuí-la a um elemento da superestrutura política,

precisamente à sociedade civil” (COUTINHO, 2003, p. 122). Conforme o pensamento de Gramsci, “a estrutura e a superestrutura formam um ‘bloco histórico¹⁶’, isto é, o conjunto complexo e contraditório das superestruturas é o reflexo do conjunto das relações sociais de produção”. (GRAMSCI, 2004b, p. 250)

A respeito do papel genealógico das relações econômicas na teoria política de Gramsci, Liguori (2006) afirma que não há sentido em contrapor a concepção de sociedade civil de Marx e a sociedade civil de Gramsci. Ele nos lembra que, no texto gramsciano, a distinção entre Estado e sociedade civil é metodológica e, não, orgânica e que este autor opera com estes conceitos de forma a não os separar, tratando-os como uma unidade dialética:

Estrutura e superestrutura, economia, política e cultura são para Gramsci esferas unidas e ao mesmo tempo autônomas da realidade. Por isso mesmo há pouco sentido em contrapor a sociedade civil de Marx, momento, sobretudo, das relações econômicas, com a sociedade civil de Gramsci, onde prevalecem as relações político-ideológicas. Gramsci, no momento que delinea alguns aspectos da sociedade civil, o faz sempre a partir de Marx e de suas lições (pré-requisitos de sua concepção dialética). Esforça-se em ir adiante, registrando na teoria, como já exposto, a nova forma de intervenção cultural e política na história. Um dos pontos centrais do marxismo de Gramsci é, de fato, este de não separar de modo hipostasiado alguns aspectos do real (economia, sociedade, Estado e cultura). (LIGUORI, 2006, p. 8).

Mais uma vez, lembremos que Marx e Engels e especialmente Gramsci reconhecem a existência de mediações na relação de determinação da vida político-social pelas relações sociais de produção. Foi este último quem teve a possibilidade de indicar de forma sistemática o modo como essas mediações são condicionadas historicamente. Ele pôde conhecer como atuam tais mediações e como estas se alteram em função da formação econômico-social concreta, do grau de socialização da política e de desenvolvimento e autonomia da sociedade civil. (COUTINHO, 2008). Conforme, o próprio Gramsci nos adverte:

A concepção do Estado segundo a função produtiva das classes sociais não pode ser aplicada mecanicamente à interpretação da história italiana e europeia desde a Revolução Francesa até todo o século XIX. Embora seja certo que, para as classes fundamentais produtivas (burguesia capitalista e proletariado moderno), o Estado só é concebível como forma concreta de um determinado mundo econômico, de um determinado sistema de produção, disso não deriva que a relação de meio e fim seja facilmente determinável e assuma o aspecto de um esquema simples e óbvio à primeira vista. É verdade que conquista de poder e afirmação de um novo mundo produtivo são indissociáveis, que a propaganda em favor de uma coisa é também propaganda em favor da outra; e que, na realidade, somente nessa coincidência é que

¹⁶ Coutinho (2003) indica que Gramsci utiliza a expressão bloco histórico em dois sentidos diferentes, porém dialeticamente relacionados. Num sentido, bloco histórico refere-se à totalidade concreta composta pela infraestrutura material articulada às superestruturas político-ideológicas; em outro sentido, significa uma aliança de classes formada mediante a hegemonia de uma classe fundamental, visando seja a conservação, seja a transformação de uma formação econômico-social. Ambos sentidos estão dialeticamente relacionados pois a criação de um bloco histórico no segundo sentido afeta a forma como se articulam a infra e a super-estrutura.

reside a unidade da classe dominante, a qual é, ao mesmo tempo, econômica e política; mas se manifesta o complexo problema da correlação de forças internas ao país em questão, da correlação das forças internacionais, da posição geopolítica do determinado país. (GRAMSCI, 2004b, p. 427-428)

Portanto, até este ponto, podemos dizer que, com as novas determinações que Gramsci acrescenta ao fenômeno estatal, este se amplia para além de sua constituição como instância repressiva, passando a incluir a dimensão da hegemonia ou da formação de consenso. São dois momentos diferentes de uma unidade, concebidos como partes indissociáveis do processo por meio do qual uma classe faz prevalecer seus interesses específicos sobre as demais, ou seja, faz-se e mantém-se classe dominante.

1.2.2 Poulantzas: o Estado como condensação material da relação de forças entre as classes e a luta de classes no arcabouço institucional do Estado

Posterior à Gramsci, Poulantzas¹⁷ pôde acrescentar outras determinações ao conceito de Estado ampliado, estudando-o num período histórico mais recente (décadas de 1960 e 1970, principalmente). Ele avançou na construção de uma teoria do Estado capitalista, buscando compreender a inscrição da luta e da dominação de classe na ossatura institucional do Estado e, por meio dessa compreensão, explicar como se constituem as diferentes formas e como se dão as transformações históricas desse Estado. (POULANTZAS, 2000, p. 128) Trata-se de um autor especialmente ocupado em entender como a dominação política da burguesia se inscreve no arcabouço material do Estado capitalista e de que forma esta dominação pode ser combatida e superada.

Assim como em Marx, Engels e Gramsci, também em Poulantzas, o papel fundamental do Estado é representar os interesses políticos do conjunto da burguesia. Este último, entretanto, coloca em pauta a necessidade de se compreender o fenômeno estatal como uma relação. Em suas palavras:

(...) o Estado, no caso capitalista, não deve ser considerado como uma entidade intrínseca, mas, como aliás é o caso do 'capital', como uma relação, mais exatamente como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, tal como ele expressa, de maneira sempre específica, no seio do Estado. (POULANTZAS, 2000, p. 130)

Essa relação de forças integra a própria estrutura do Estado, a sua ossatura material, ou seja, insere-se no interior de suas instituições, nas quais se põem em disputa interesses

¹⁷ O presente trabalho detém-se na obra “Estado, o Poder, o Socialismo” publicada na França em 1978, quando Poulantzas se distancia da influência do estruturalismo Althusseriano, aproximando-se de uma perspectiva relacional do Estado e do poder (MOTTA, 2010).

distintos das frações da classe no bloco do poder, mas também entre estas e as classes dominadas. O Estado de Poulantzas não é uma unidade homogênea, um ‘bloco monolítico’, ao contrário, é constituído, ou melhor, dividido, em sua própria ossatura material pelas contradições de classe e, portanto, a política que ele estabelece deve ser compreendida como “a resultante das contradições de classes inseridas na própria estrutura do Estado (Estado-relação).” (POULANTZAS, 2000, p. 134)

Poulantzas remete o Estado ao campo da luta de classes, isto é, o Estado surge da luta de classes ao mesmo tempo em que é constituído e moldado pela luta de classes. O poder e as lutas de classe detêm a primazia na relação com os aparelhos de Estado, mas o Estado tem um papel constitutivo tanto para a existência quanto para a reprodução do poder e das lutas de classe. Assim, deve-se entender que o poder e a luta de classes têm uma relação orgânica com o Estado, não sendo possível a sua existência como algo que o antecede, isto é, como algo anterior cronologicamente ao poder político institucionalizado. Nas palavras do autor:

O Estado baliza desde então o campo de lutas, aí incluídas as relações de produção; organiza o mercado e as relações de propriedade; institui o domínio político e instaura a classe politicamente dominante; marca e codifica todas as formas de divisão social do trabalho, todo o real no quadro referencial de uma sociedade dividida em classes. (POULANTZAS, 2000, p. 37)

Essa compreensão altera a forma como se tem apresentado a relação entre o Estado e a ascensão da burguesia como classe dominante, pois Poulantzas (2000, p. 129) afirma que “é o Estado que constitui a burguesia como classe dominante” e, não, o contrário. A esse respeito pode-se dizer que:

Para Poulantzas, o processo de organização do Estado capitalista não é o resultado da existência prévia de uma burguesia já consolidada como classe dominante que o criaria ou utilizaria como ‘simples apêndice’ do exercício da sua dominação (visão instrumental do Estado). O próprio processo de organização do Estado é parte constitutiva do estabelecimento de relações de produção capitalistas como processo histórico específico que constitui as classes em luta. (NEVES e PRONKO, 2010, p. 99).

Outro aspecto fundamental nos estudos de Poulantzas consiste na atenção dispensada à relação entre o Estado e a economia. Segundo Coutinho (2008), Poulantzas percebe que, entre os mecanismos que o Estado capitalista da segunda metade do século XX utiliza como meio de legitimação e obtenção de consenso, tem papel importante a intervenção estatal na economia. Desse modo, à função dos aparelhos propriamente ideológicos soma-se a ação de agências governamentais no âmbito econômico, participando da reprodução do capital social global.

Para Poulantzas (2000), a presença do político-Estado na economia é permanente, mas o papel que este ali desempenha varia em função dos diversos modos de produção e nos diferentes estágios e fases de desenvolvimento do capitalismo. Cabe notar, entretanto, que este autor se afasta enfaticamente da concepção mecanicista do determinismo econômico e da compreensão das relações de produção como um campo hermético onde atuam forças que se reproduzem automaticamente, ou seja, ele se distancia de uma posição que não leva em conta as lutas que se travam no interior das relações de produção. Assim, ele se opõe radicalmente a qualquer possibilidade de teoria geral do político ou do econômico:

Em suma, um modo de produção não é o produto de uma combinação entre diversas instâncias em que cada uma possuiria previamente, ao se relacionar, uma estrutura intangível. É o modo de produção, unidade de conjunto de determinações econômicas, políticas e ideológicas, que delimita as fronteiras desses espaços, delinea seus campos, define seus respectivos elementos: é primeiramente seu relacionamento e articulação que os forma. (POULANTZAS, 2000, p. 16)

Segundo Poulantzas (2000), Estado e economia não estabelecem entre si uma relação de exterioridade. Essa suposta exterioridade do Estado em relação à economia no modo de produção capitalista só é possível pela separação espacial que passou a haver entre o Estado e o lugar da produção, isto é, pela criação de espaços novos e específicos para cada um. Por outro lado, essa pretensa separação do Estado em relação à economia é “a forma precisa que encobre, sob o capitalismo, a presença constitutiva do político nas relações de produção e, por isso, na sua produção” (POULANTZAS, 2000, p. 18).

Finalmente, devem também ser destacadas as reflexões de Poulantzas sobre o poder, observando que ele defende que, assim como o Estado, o poder também deve ser compreendido na perspectiva de uma relação. Segundo esse autor, “por poder se deve entender a capacidade, aplicada às classes sociais, de uma, ou de determinadas classes sociais em conquistar seus interesses específicos” (POULANTZAS, 2000, p. 149), que tem como ponto de constituição e de limite o lugar que as classes ocupam nas relações econômicas, políticas e ideológicas, marcadas por relações desiguais de dominação e subordinação na divisão social do trabalho, no modo de produção capitalista. Portanto, para Poulantzas, o poder não é “uma qualidade imanente a uma classe em si no sentido de uma reunião de agentes, mas depende e provém de lugares materiais ocupados por tais ou quais agentes” (POULANTZAS, 2000, p. 149).

Quanto ao poder político, isto é, o poder de uma classe de realizar seus interesses políticos, que diz respeito mais diretamente ao fenômeno estatal, este resulta do lugar que a classe ocupa em relação às demais, mas também da sua posição e estratégia em relação às

outras. Nessa concepção de poder político, o Estado é “o lugar de organização estratégica da classe dominante em sua relação com a classe dominada. É um lugar e um centro de exercício de poder, mas que não possui poder próprio”. (POULANTZAS, 2000, p. 150)

Poulantzas vai também indicar a presença das classes populares e sua luta no seio do Estado, mas como uma presença específica, ou seja, como classe dominada, uma vez que o Estado reproduz em sua materialidade a divisão social do trabalho, a reprodução da relação dominação-subordinação. Essa presença se faz em focos de oposição à classe dominante e, não, por meio da cristalização de um poder próprio em aparelhos ou setores, como acontece com as classes e frações dominantes. A unidade do poder de Estado das classes dominantes e os mecanismos internos de reprodução, no arcabouço material do Estado, da divisão social do trabalho, ou seja, sua organização hierárquica-burocrática, são elementos que permitem a presença de classes dominadas no seio do Estado sem que estas ameacem a reprodução da relação de dominação de classe. Essa organização estratégica do Estado produz uma articulação de aparelhos e setores que se distinguem quanto ao poder que concentram, havendo uma hierarquia de poder entre eles, de modo que um, ou alguns deles, detenham o papel dominante no Estado. Essa distinção se expressa também na existência de aparelhos que detêm um poder meramente formal, enquanto outros controlam o poder real (POULANTZAS, 2000).

Essa dominância de papel é permutável entre os aparelhos de modo que é possível ao poder da burguesia deslocar-se de um aparelho a outro para manter-se dominante e impedir que as forças antagônicas assumam o papel dominante no Estado, mesmo que estas últimas consigam ocupar o governo e controlar um desses aparelhos pivôs do poder real. Esse funcionamento é caracterizado por Poulantzas como uma série de “deslocamentos e substituições sucessivas” (POULANTZAS, 2000, p. 141).

Dessa forma, o autor indica que a tomada de poder de Estado pela classe dominada é uma condição para a superação da ordem capitalista e a transição para o socialismo, mas não é suficiente. É necessário transformar o Estado.

Finalmente, nesta breve seleção de ideias do pensamento de Poulantzas, cumpre observar que, enquanto Gramsci refere-se à vida estatal como uma contínua formação e superação de equilíbrios instáveis entre os interesses dos grupos dominados e dominantes, Poulantzas descreve a reprodução da hegemonia pelos aparelhos do Estado como um jogo variável de compromissos provisórios entre o bloco no poder e determinadas classes sociais dominadas. Para ambos, a relação de forças é um elemento central para a compreensão do

Estado, concebido como algo dinâmico. (GRAMSCI, 2007; POULANTZAS, 2000; COUTINHO, 2008)

Uma contribuição importante de Poulantzas é estender a luta política que Gramsci localizou no seio da sociedade civil para o interior do Estado, cujas políticas resultam da correlação entre as forças que se fazem presentes também em seus aparelhos. (GRAMSCI, 2007; POULANTZAS, 2000; COUTINHO, 2008) Nas palavras de Poulantzas: “as lutas políticas, que se referem ao Estado e que atuam sobre ele, (pois as lutas populares não se esgotam nunca no Estado) não lhe são exteriores, mas estão inscritas em seu arcabouço, motivando conclusões políticas” (POULANTZAS, 2000, p. 150).

Nossa compreensão acerca do SUS e das políticas de saúde se fundamenta nessa linha de pensamento. Desde a sua inscrição no texto constitucional em 1988, o SUS se desenvolve no campo das contradições de um projeto concebido no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária, implicado com a transformação da sociedade brasileira, disputado entre suas diferentes correntes, negociado e modificado no processo da Assembleia Constituinte (1987-1988) e materializado num contexto de hegemonia da racionalidade neoliberal.

Em cada conjuntura política, econômica e social, a conformação das políticas que configuram o SUS, desde então, expressa a correlação entre as forças sociais com interesses antagônicos que disputam a condução política da sociedade brasileira. Expressam também os resultados parciais obtidos pela atuação dos movimentos sociais e pela presença de segmentos da classe trabalhadora, ou de seus representantes, nos nichos de poder estatal, nos diferentes níveis de governo. Essa presença tem se dado, predominantemente, em posição subordinada ou, no caso dos governos federais liderados pelo Partido dos Trabalhadores, na condição de uma direção conciliatória que conduziu o país, sem romper com os compromissos com a classe dominante.

1.2.3 Políticas sociais como resultantes da correlação das forças sociais

Adotando uma perspectiva histórico-crítica, baseada no percurso teórico apresentado, podemos afirmar que compreendemos o Estado e a sociedade civil como instâncias distintas, porém indissociáveis, caracterizadas por disputas e conflitos, que têm como produto as diversas políticas, entre as quais, as políticas sociais, configuradas conforme a correlação de forças entre classes e frações de classes, nos diferentes contextos das formações sociais capitalistas.

No século XX, aproximadamente entre os anos 1945 e 1975, encontra-se um período de expansão e reconfiguração das políticas sociais identificado como Estado de Bem-Estar Social¹⁸, caracterizado pela desmercantilização das condições de reprodução da classe trabalhadora, principalmente na Europa. Foram implementadas políticas especialmente de previdência e assistência social, saúde e educação, com caráter amplamente incluyente, que repercutiram as lutas organizadas dos trabalhadores, ao mesmo tempo em que buscaram prevenir a ameaça à ordem capitalista representada pelas experiências socialistas em desenvolvimento.

Essas políticas não tiveram um desenvolvimento homogêneo, principalmente fora do continente europeu, diferenciando-se entre as nações capitalistas, especialmente entre as de industrialização madura e capitalismo central e aquelas de industrialização tardia e capitalismo dependente. Ainda assim, os parâmetros do Estado de Bem-Estar Social se difundiram largamente como horizonte dos direitos sociais no marco do capitalismo.

Devemos notar que as políticas sociais, ao fazerem parte do processo estatal de redistribuição dos valores extraídos dos diferentes grupos sociais em proporções distintas, por meio dos tributos recolhidos, são objeto de conflitos de interesses de grupos e classes sociais, visando à reapropriação dos recursos produzidos socialmente. Nesse sentido, lembramos dois pressupostos marxianos: de que o bem-estar da sociedade é contrário à lógica de ampliação do lucro, inerente ao modo de produção capitalista, e que a melhoria, sempre limitada por essa lógica, das condições de vida dos trabalhadores, é alcançada por meio de suas lutas diretas. (PEREIRA e LINHARES, 2007)

Uma forma restrita de operar com esse pensamento é ver as políticas sociais, notadamente essas desenvolvidas após a Segunda Guerra Mundial e meados da década de 1970 do século XX, como duplamente funcionais ao modo de produção capitalista: de um lado, permitindo a redução dos custos de reprodução da força de trabalho, a ampliação da produtividade e o aumento da capacidade de compra; por outro lado, tornando-se mecanismo de cooptação da classe trabalhadora, diminuindo o seu potencial revolucionário. (PEREIRA e LINHARES, 2007). Segundo essa perspectiva, no âmbito das formações sociais capitalistas, as políticas sociais são carregadas de um viés negativo, desfavorável à emancipação da classe trabalhadora.

Sem desconsiderar essas questões, precisamos também estar atentos aos aspectos contraditórios produzidos por essas políticas, percebendo a melhoria das condições de

¹⁸ Trataremos mais detidamente do desenvolvimento e das características do Estado de Bem-Estar Social em associação com o Fordismo no Capítulo 4.

reprodução da força de trabalho nas sociedades capitalistas, promovidas pelas políticas sociais, como possibilidades de fortalecimento da classe trabalhadora, como é o caso do acesso à educação e à saúde públicas e à previdência social. Nesse sentido, devemos nos atentar para a conformação dessas políticas, a amplitude de sua cobertura, o escopo de suas ações e os direitos por elas atendidos.

É particularmente importante nesse modo de pensar as políticas sociais, reconhecer a sua historicidade, isto é, compreender que as políticas sociais e o seu papel em relação à ordem social dependem da correlação de forças existentes numa dada formação social, em um determinado momento de desenvolvimento do modo de produção capitalista e de organização da sociedade. Portanto, as políticas de saúde, na qualidade de políticas sociais, precisam ser compreendidas também como uma resultante dessas condições. Ao abordá-las, faz-se necessário perquirir a realidade brasileira, buscando encontrar as mediações que possam revelar o que fundamenta e possibilita as características que essas políticas assumem no contexto estudado. Precisamos revelar tanto o que lhe constitui de forma estrutural, intrinsecamente relacionado ao modo de organização da existência em sociedade, quanto o que lhe é conjuntural, determinado por conjunções de condições históricas.

Percebemos, a princípio, que a temática do Estado brasileiro e das políticas aqui formuladas são determinadas pelas condições específicas de desenvolvimento do capitalismo no Brasil e de constituição das relações econômicas, políticas e sociais num país cuja economia desenvolveu-se de modo dependente em relação às economias dos países de capitalismo central que, por sua vez, se beneficiam dessa dependência como uma das condições da dinâmica de desenvolvimento de suas economias. Trata-se do processo histórico particular de desenvolvimento do capitalismo nas formações sociais periféricas - com destaque para as noções de capitalismo dependente, subdesenvolvimento e desenvolvimento desigual e combinado -, no qual se associam, de modo funcional, o arcaico ao moderno e se estabelecem as características da burguesia brasileira, conformada em ser sócia minoritária do capital internacional. (FERNANDES, 2009; OLIVEIRA, 2003).

O pensamento crítico sobre o desenvolvimento econômico na periferia do capitalismo é particularmente importante no contexto recente, no qual as políticas públicas, entre elas as de saúde, voltaram a ser atravessadas pelo discurso desenvolvimentista, retomado entre 2003 e 2015. O enfoque político desenvolvimentista articulou-se à lógica gerencialista e produtivista que ganhara centralidade a partir dos governos neoliberais da década de 1990. Sob esta perspectiva, o Estado brasileiro instituiu novas formas de associação ao privado e as colocou em prática na gestão e execução das políticas, dos serviços e do trabalho em saúde.

Com viés privatizante, a concepção da saúde como mercadoria disputa, em oposição à concepção da saúde como um direito de todos, a configuração das políticas específicas traçadas no campo do SUS, dentre as quais, as políticas de atenção à saúde, de gestão do trabalho e de educação dos trabalhadores do setor.

Esses conflitos se colocam na conjuntura dos 30 anos de instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja trajetória foi inicialmente demarcada pelo contexto neoliberal que passou a vigorar no Brasil a partir dos anos 1990, como já dito. Desenvolvendo-se sob a vigência de restrições à intervenção direta do Estado na área social, ou de intervenções particularistas e compensatórias, em detrimento das políticas universais, o SUS acumulou um legado de perdas e concessões, resistências e conquistas.

A partir de 2003, o poder executivo federal foi conduzido durante treze anos por uma coalizão de partidos, sob a liderança do Partido dos Trabalhadores, até então amplamente identificado como um partido do campo da esquerda. Os governos federais assim compostos, entre outras coisas, deram continuidade às políticas econômicas de cunho neoliberal, ao mesmo tempo em que ampliaram a abrangência das políticas sociais, mas com predominância de ações e programas compensatórios e focalizados, assim como promoveram o desenvolvimento de novas formas de privatização do Estado.

Num país no qual se instituiu um pacto federativo entre a União, os estados e os municípios, não se pode deixar também de considerar as condições e as tensões que dele decorrem para a formulação, a implementação e a execução das políticas públicas. No campo da saúde, essa situação é particularmente importante, tendo em vista a gestão tripartite do Sistema Único de Saúde e as instâncias de participação e pactuação política que constituem o campo de poder político no âmbito do SUS.

As instâncias de participação no SUS são as conferências e os conselhos de saúde¹⁹, que devem existir nas três instâncias de poder – municipal, estadual e federal, conforme previsto na Lei 8142 (BRASIL, 1990a). As Conferências de saúde têm o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para as políticas do setor, no âmbito dos respectivos entes federativos. Sua convocação deve ser feita a cada quatro anos, em nível nacional, a cada dois anos, em nível estadual, e anualmente, em nível municipal. Os conselhos de saúde são órgãos colegiados e deliberativos que devem atuar regularmente na formulação de estratégias e no controle das políticas de saúde nos três níveis de governo. Sua composição é paritária: 50% dos membros representam o Estado estrito senso e 50%, a sociedade civil organizada.

¹⁹ Fleury e Ouverney (2008) compreendem os Conselhos de Saúde como mecanismos de participação e controle social, diferindo-os das conferências, entendidas como mecanismos de formação de vontade política.

Além das instâncias de participação, foram desenvolvidas no âmbito do SUS instâncias de negociação e pactuação das políticas e medidas de gestão compartilhada do sistema de saúde entre os entes federativos (FLEURY; OUVÉREY, 2008). Na esfera federal, temos a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), da qual participam representantes dos secretários municipais e estaduais de saúde e o ministro da saúde; na esfera estadual, temos a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), da qual participam representantes dos secretários municipais e o secretário de saúde do estado correspondente.

Há dois coletivos de gestores que também devem ser destacados no mapeamento das forças e espaços políticos presentes no campo da saúde. São eles: o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), compostos respectivamente pelos secretários municipais e pelos secretários estaduais de saúde. São colegiados de articulação política que atuam como sujeitos políticos coletivos nos espaços de decisão e pactuação das políticas de saúde, como é o caso das Conferências de Saúde e das Comissões Intergestores.

A política de atenção básica, na qual se localiza a Estratégia Saúde da Família, é particularmente afetada pela relação entre a União e os municípios, uma vez que o seu desenvolvimento se faz em nível local, mediante a gestão municipal, mas a partir de recursos oriundos principalmente de financiamento federal. Essa forma de gestão do SUS é resultante do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, um dos princípios organizativos do SUS.

O CONASEMS, instituído em 1987, antes mesmo da inscrição do SUS na Constituição Federal, foi um protagonista importante em favor da reforma sanitária, com muitos de seus participantes identificados com o movimento sanitário. Havia também os interesses comuns aos vários gestores municipais, produzidos a partir da unificação descentralizada do sistema de saúde (STOTZ, 2003). Entretanto, essa atuação hoje não indica um sentido único e tem, muitas vezes, se aproximado de posições contrárias aos princípios estruturantes do SUS.

Os gestores municipais foram os principais responsáveis pela não pactuação na CIT da implementação da política de formação técnica dos ACS pelo Ministério da Saúde. Mas, foram os gestores municipais que apoiaram o ‘Projeto Mais Médicos’ que levou esses profissionais a regiões historicamente desprovidas desse trabalhador. Recentemente, os secretários municipais de saúde foram fundamentais para a aprovação na CIT da nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017a), com implicações negativas para os ACS e para o SUS. Abordaremos esse problema no capítulo 7, quando analisamos os documentos

normativos relativos ao trabalho dos ACS que foram produzidos no contexto político mais recente, marcado pelo golpe político, legislativo e judiciário que promoveu a saída do Partido dos Trabalhadores da Presidência da República. Nesse contexto, vem se radicalizando a produção de políticas antidemocráticas e socialmente regressivas.

No aparato institucional do Estado propriamente dito encontram-se dois setores do Ministério da Saúde particularmente importantes para a nossa discussão. O primeiro é a SGTES, responsável pelas políticas nacionais de gestão do trabalho e da educação na saúde, e o segundo é a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), responsável pela Política Nacional de Atenção Básica. Em ambas também se fazem presentes forças e interesses que disputam as políticas formuladas por seu intermédio e que trazem as marcas do resultado da correlação entre essas forças.

As questões relativas ao trabalho e à formação dos ACS têm sido condicionadas pelas políticas geradas a partir desses dois espaços institucionais, sob os efeitos das forças e dos interesses políticos neles representados, como também pela participação dos representantes do CONASS e do CONASEMS, especialmente, nas reuniões da CIT e dos movimentos de resistência e luta dos trabalhadores. Notemos que o Poder Legislativo tem tido um papel relevante na aprovação de leis relativas às reivindicações do movimento organizado dos agentes, como a aprovação da EC 51 (BRASIL, 2006a) e da Lei 11350, em 2006 (BRASIL, 2006b), e da Lei Nº 12.994 que criou o Piso Salarial Nacional, em 2014 (BRASIL 2014a)

Para nos dedicarmos à análise desse trabalho específico no campo do setor público e do processo de precarização que o atinge, construímos um caminho metodológico que passamos a expor em seguida.

1.3 Considerações metodológicas

Para identificarmos e analisarmos as transformações do trabalho dos ACS que apontam para a sua precarização, elegemos dois eixos de investigação ou planos de análise: 1) dos documentos políticos e normativos da Atenção Básica em Saúde, com inflexões sobre o trabalho dos ACS, ou que têm por objeto específico o trabalho dos ACS; 2) da narrativa dos ACS sobre as condições em que realizam suas atividades laborais.

A escolha desses dois planos respondeu ao movimento do real que nos colocou diante de um intenso processo de produção normativa e legislativa visando o trabalho dos ACS, iniciado em 2016, ao mesmo tempo em que participávamos da pesquisa “Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na Perspectiva dos Saberes, Práticas e Competências” cujo

trabalho empírico incluiu a observação em campo e a entrevista com os ACS em seus locais de trabalho.

Por meio da análise dos documentos políticos e normativos, acessamos as diretrizes formuladas para a Atenção Básica e especificamente para o trabalho dos ACS. Tais diretrizes definem o trabalho prescrito dos agentes e orientam a organização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. As entrevistas e a observação em campo nos permitiram conhecer o estado da arte do trabalho dos agentes comunitários de saúde e as questões que os afligem, a partir da interação com os trabalhadores, sujeitos da pesquisa.

São âmbitos diferentes, porém relacionados, por meio dos quais se revelam as disputas em torno do trabalho dos ACS: que atividades o compõem, como estas são realizadas, a quem se dirigem, com quais finalidades, apoiadas em que formação, sob quais condições e relações de trabalho.

Há ainda um terceiro eixo - da *práxis* política – que, como dissemos, não será diretamente desenvolvido nesta pesquisa de doutorado²⁰, mas que contribuiu para definir o nosso ponto de vista e para construir nossas motivações e indagações para a pesquisa. Nesse eixo se encontram as questões construídas a partir da luta, na relação com o movimento organizado dos ACS, e das discussões sobre o seu trabalho. Destacamos as ações empreendidas pela CONACS, pela FENASCE e pelo SINDACS-RJ²¹, que têm atuado tanto visando a conquista de direitos, como a preservação do que já foi conquistado. Desde 2016, sua atuação tem se dado também em resposta às alterações que vêm sendo produzidas no plano político e normativo para o trabalho dos ACS que tendem a agravar problemas já identificados pelos trabalhadores na prática.

Os achados da pesquisa foram analisados numa perspectiva histórica, procurando perceber e compreender as relações gerais e particulares que, articuladas, determinam o momento atual do trabalho dos ACS no SUS.

No primeiro eixo, abrangemos inicialmente leis, decretos do poder executivo federal e portarias ministeriais, publicados entre 1997 e 2011. Tratados em conjunto e em seu contexto de produção, tais documentos nos permitiram identificar as continuidades, as mudanças realizadas e a lógica que as orienta no recorte temporal da pesquisa de doutorado. Entretanto, o movimento do real nos exigiu a extensão dessa análise até o momento atual (2018), devido aos processos que têm sido deflagrados pelo Ministério da Saúde contra os interesses dos

²⁰ A esse respeito ver a tese de Nogueira (2017) cujo estudo foi orientado pela orientadora do nosso trabalho de doutorado.

²¹ Apesar de desenvolverem posições e ações conjuntas, essas três entidades guardam diferenças importantes a serem observadas.

ACS e os princípios estruturantes da Atenção Básica e do próprio SUS. Seguimos a hipótese de estar em curso atualmente, pelo menos desde 2016, um processo abrangente de transformação do trabalho do ACS e, mais fortemente agora, da AB como um todo.

A partir da reconfiguração da correlação de forças no governo federal e na sociedade de um modo geral, experimentamos um golpe político-legislativo iniciado em 2016, com o apoio do judiciário, que levou ao impedimento da Presidente Dilma Rousseff. Simultaneamente, tem se aprofundado grave crise das instituições e relações democráticas no país, com repercussões sobre o campo das políticas sociais e, especificamente, sobre a saúde pública e a Atenção Básica. Em função desse novo contexto político e do modo como vêm sendo conduzidas as iniciativas normativas produzidas desde então, foi necessário efetuarmos uma análise específica, coerente com a importância e a gravidade de suas implicações para o SUS, o direito à saúde e o trabalho dos ACS, abrangendo documentos produzidos entre 2016 e 2018.

Os critérios para a seleção dos documentos analisados foram: 1) terem abrangência nacional; 2) serem vetores de mudanças no âmbito das políticas de saúde, particularmente da gestão da AB e da regulação profissional dos ACS, com capacidade de promover alterações na configuração do seu trabalho, delimitando o escopo e o sentido de suas práticas.

O tratamento inicial dado aos documentos seguiu o que nos propõem Lima, Ramos e Lobo (2013) quanto à necessidade de considerarmos o poder/órgão público que os produz, a natureza dos documentos normativos e o processo político de sua produção, de modo a reconhecermos a que nível hierárquico correspondem e a correlação de forças implicadas em cada um.

No primeiro nível hierárquico encontra-se a Constituição Federal. No segundo, estão as leis originárias dos Poderes Legislativos Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal; a regulamentação oriunda da Chefia do Poder Executivo (Presidente, governadores e prefeitos) que se apresenta na forma de decretos; assim como, as portarias, instruções normativas e orientações programáticas expedidas pelos titulares dos órgãos auxiliares do executivo (Ministérios, Secretarias, Departamentos e órgãos a eles vinculados). Essa hierarquia possui ainda um terceiro nível formado pelos documentos produzidos pelos órgãos colegiados ligados aos três poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário. Integram este nível as resoluções, as indicações e os pareceres emitidos, no que diz respeito ao trabalho em saúde, por exemplo, pelos Conselhos de Saúde e os órgãos profissionais da área. (LIMA; RAMOS; LOBO, 2013). Em nossa investigação, detivemos nossa atenção nos documentos emanados do Poder Legislativo e Executivo Federais.

Considerando o pacto federativo brasileiro e as relações estabelecidas entre os entes federados de um modo geral e, particularmente, no campo da saúde, reconhecemos o poder indutor da União, a partir dos recursos financeiros de que dispõe, provenientes, principalmente da arrecadação tributária que lhe cabe. Esse poder se exerce sobre os estados e, principalmente, sobre os municípios para os quais foi descentralizada a maior parte da execução e oferta dos serviços e ações de saúde no âmbito do SUS. Dessa forma, o Ministério da Saúde tem tido um papel indutor importante para a orientação e a implementação das diretrizes do sistema nacional de saúde. Essa força se apresenta nas políticas nacionais produzidas para o setor, principalmente, sob a forma das portarias ministeriais.

Ainda que estejam previstos processos de pactuação entre as instâncias de poder no âmbito do SUS - como a CIT e as CIB - e ainda que existam espaços colegiados de participação representativa dos gestores, trabalhadores e usuários, como as Conferências Nacionais de Saúde e os Conselhos de Saúde (Nacional, estaduais, municipais e locais), o financiamento federal é muito importante na correlação de forças que determina o sentido das políticas produzidas, dado o montante de recursos controlados pela União.

Além disso, no campo legislativo, o movimento organizado dos ACS, especialmente representado pela CONACS, tem encontrado espaço para as suas reivindicações no Congresso Nacional, alternando momentos de negociação entre as lideranças e os deputados (principalmente) e senadores, e a participação direta dos trabalhadores das diversas regiões do país. Assim, a categoria tem conseguido aprovar leis que passaram a regular o seu trabalho, como é o caso da Lei 10507 de 2002 (BRASIL, 2002), que criou a profissão, e da Lei 11350 de 2006 (BRASIL, 2006b), que a regulamenta hoje.

Para fins de exposição das análises empreendidas, apresentamos a discussão dos documentos produzidos entre 1997 e 2011 no capítulo 3, em seguida, nos capítulos 4 e 5, passamos a apresentar a discussão teórica que embasou nossas reflexões e as categorias que fundamentaram a análise das entrevistas com os sujeitos da pesquisa, exposta no capítulo 6 deste trabalho. Os ACS foram entrevistados sob a vigência da PNAB 2011 (BRASIL, 2012), quando os acontecimentos políticos mais recentes estavam se iniciando. Depois, no capítulo 7, retornamos à apresentação da análise dos documentos produzidos no contexto mais atual, desde meados de 2016, quando o quadro político brasileiro modificou-se.

Os documentos selecionados e analisados inicialmente foram: a Portaria n.º1886/GM de 1997; o Decreto 3189 de 1999; a Lei 10507 de 2002; a Lei 11350 de 2006; a Portaria n.º 648/GM de 2006; e a Portaria n.º 2.488 de 2011, doravante denominadas PNAB 2006 e PNAB 2011, respectivamente (BRASIL, 1997a; BRASIL, 1999a; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006b,

2006c; BRASIL, 2012). No segundo momento, analisamos: a nova PNAB publicada por meio da Portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017a) em setembro de 2017; o PL 6437/2016 (BRASIL, 2016b), de iniciativa da CONACS, que modifica a Lei 11350 sobre as atribuições e a formação dos ACS; a Lei 13595 de 2018 (BRASIL, 2018b), derivada do referido PL, considerando os vetos presidenciais; a Portaria 83/2018 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018c) que trata da formação técnica em enfermagem dos agentes de saúde.

São feitas referências a dois outros documentos cujas ideias-base são retomadas nos textos normativos analisados. São eles: a Portaria 958 de maio de 2016 (BRASIL, 2016a) que retirava os ACS da composição mínima das equipes de saúde da família; o Documento Síntese do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica de outubro de 2016 (Brasil, 2016c) que, apesar de não ser um texto normativo, teve o papel de explicitar algumas tendências em torno do trabalho do ACS veiculadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS.

O segundo plano de análise do processo de reconfiguração do trabalho dos ACS teve como fonte os dados produzidos na pesquisa “Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na Perspectiva dos Saberes, Práticas e Competências” (Projeto Saberes). Esta pesquisa multicêntrica, de caráter qualitativo, realizada entre 2015 e 2017, teve o objetivo de analisar o processo de trabalho dos técnicos que atuam na ESF. O Projeto Saberes foi coordenado pela orientadora de nossa pesquisa de doutorado e integrou as atividades de pesquisa do Observatório de Trabalho dos Técnicos em Saúde da EPSJV/Fiocruz, grupo de trabalho do qual fazemos parte. Além de pesquisadores deste Observatório, a equipe do Projeto Saberes foi composta por colegas de outros grupos de trabalho da EPSJV/Fiocruz e investigadores selecionados entre os docentes das Escolas Técnicas do SUS dos estados nos quais havia municípios sendo estudados.

Integramos a equipe desse projeto, participando dos momentos de consolidação dos referenciais teóricos e das estratégias metodológicas da pesquisa e das atividades de organização e preparação para o trabalho de campo, dentre as quais a elaboração dos roteiros de entrevistas. Frequentamos as reuniões mensais da equipe localizada na EPSJV/Fiocruz e participamos dos momentos coletivos (oficinas de trabalho) de interação com os demais pesquisadores do projeto. Nesses encontros planejamos e discutimos as atividades realizadas, relatamos e discutimos as experiências de trabalho de campo e iniciamos a análise dos dados coletados. O desenvolvimento da análise dos dados e a elaboração do relatório final da pesquisa coube principalmente à nossa equipe do Observatório.

Foram eleitos vinte municípios brasileiros, dentre os quais dezessete atendem aos seguintes critérios: municípios de médio e grande porte, com proporção de cobertura populacional pela ESF maior ou igual à proporção de cobertura nacional (60,17%), com equipe de Saúde da Família (eSF) que tem equipe de saúde bucal (eSB) modalidade II (a fim de garantir a presença do técnico em saúde bucal) e agente de combate a endemias, também denominado visitador sanitário ou agente de saúde pública.

Além desses municípios, tendo em vista a importância quantitativa e representativa das capitais no contexto nacional e do alto número de equipes de Saúde da Família implementadas, assim como de profissionais técnicos inseridos nessas equipes, tentamos incluí-las no estudo, mesmo que não respondessem aos critérios estabelecidos pela pesquisa²². No entanto, não foi possível viabilizar a inclusão de todas as capitais, devido aos limites do cronograma, do número de pesquisadores e do orçamento do projeto. Assim, pudemos incluir apenas o Rio de Janeiro, Recife, São Paulo e Goiânia, capitais que mais se aproximaram do perfil requerido, com exceção do critério de cobertura populacional. Entretanto, São Paulo teve que ser excluído por problemas logísticos.

O trabalho de campo incluiu a observação do trabalho e a realização de entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores. O processo de trabalho dos técnicos foi observado por uma dupla de pesquisadores (um da EPSJV/Fiocruz e outro da região) durante uma semana, nas unidades de saúde da família selecionadas. Em cada município, foram entrevistados, pelo menos, dois técnicos de cada categoria profissional, incluindo os agentes comunitários de saúde, conforme roteiro semiestruturado (Apêndice A).²³ Foram abordados vários temas relativos à trajetória escolar e profissional, às atribuições, ao escopo das práticas, às relações *de e no* trabalho. Nossa participação no campo da pesquisa deu-se em Recife, em parceria com a professora-pesquisadora Neuza Buarque de Macêdo, entre 15 e 20 de maio de 2016, na Unidade de Saúde da Família Pina 4.

Os municípios que compõem o estudo e o número de ACS entrevistados estão listados no quadro a seguir, consolidados por região.

²² Belo Horizonte foi a única capital que se enquadrou em todos os requisitos da pesquisa.

²³ Também foi construído um roteiro básico para a observação (Apêndice B) e uma ficha de identificação dos entrevistados (Apêndice C).

Quadro 1 - Municípios selecionados a partir dos critérios da pesquisa, por região, incluindo as capitais e número de ACS entrevistados

Região	Municípios estudados	Nº de ACS entrevist./Mun.	Nº de ACS entrevist./Região
Norte	Curuçá (PA)	6	6
Nordeste	Laje (BA)	4	19
	Tauá (CE)	4	
	Maracanaú (CE)	2	
	São Mateus do Maranhão (MA)	2	
	Abreu e Lima (PE)	2	
	Garanhuns (PE)	1	
	Recife (PE)	2	
	Piripiri (PI)	2	
Centro-Oeste	Aparecida do Taboado (MS)	7	12
	Jaciara (MT)	1	
	Goiânia (GO)	1	
	Niquelândia (GO)	3	
Sudeste	Belo Horizonte (MG)	3	10
	Monte Azul (MG)	2	
	Patos de Minas (MG)	2	
	Penápolis (SP)	1	
	Rio de Janeiro (RJ)	2	
	São Paulo (SP) - excluído	0	
Sul	Cambé (PR)	3	7
	Maringá (PR)	4	
Total		54	54

Fonte: Projeto Saberes, reelaborado pela autora.

Para fins desta pesquisa de doutorado, selecionamos os oito municípios da Região Nordeste contemplados pelo Projeto Saberes e analisamos as entrevistas realizadas com os ACS no trabalho de campo realizado nesses municípios. O roteiro de entrevistas não foi originalmente projetado para a nossa pesquisa de doutorado, mas nós participamos da sua elaboração, como mencionado. A abrangência dos temas desenvolvidos nesse roteiro permitiu que identificássemos várias questões relativas a mudanças de sentido e de organização do trabalho dos ACS e que podem ser interpretadas como expressões da precarização do trabalho desses agentes. Os temas gerais que compuseram o roteiro de entrevistas são os seguintes:

1. Identificação do profissional;
2. Trajetória profissional;
3. Processo de trabalho e saberes profissionais;
4. Trabalho em equipe;
5. Relação com o usuário;

6. Conclusão e percepções sobre a entrevista.

A seleção da região Nordeste resultou da aplicação de alguns critérios. Os principais, de conteúdo e diretamente articulados com a hipótese da pesquisa, foram: abordar os ACS com maior tempo de inserção e trabalho na ESF e cujos vínculos estão regularizados. Em nossa hipótese de pesquisa, pressupomos que a regularização dos vínculos não resolveria a questão da precarização do trabalho, cujas dimensões extrapolam as formas de contratação e seus efeitos diretos. Equacionadas as questões contratuais, suspeitávamos que outros aspectos da precarização social do trabalho do ACS poderiam se tornar mais visíveis. Como critérios secundários, definimos: o número de estados envolvidos no campo e o número de municípios - o que repercute diretamente sobre o número de entrevistas em análise, assim como o fato de incluir uma capital. Uma vez considerados esses critérios, a região Nordeste destacou-se, oferecendo uma diversidade de contextos com possibilidade de agregar densidade à nossa reflexão.

O Projeto Saberes permitiu-nos acessar a prática e as narrativas dos agentes comunitários de saúde sobre o seu trabalho, por meio dos registros do trabalho de campo e das gravações e transcrições das entrevistas realizadas com os ACS. Foram analisadas 19 entrevistas realizadas com os ACS dos municípios da região Nordeste, abrangidos pelo Projeto Saberes, conforme a seguinte distribuição: 4 ACS de Laje (BA); 4 ACS de Tauá e 2 ACS de Maracanaú (CE); 2 ACS de São Mateus do Maranhão (MA); 2 ACS de Abreu e Lima, 1 ACS de Garanhuns e 2 ACS de Recife (PE); 02 ACS de Piripiri (PI).

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz e aprovado, conforme Anexo, como também aos comitês de éticas dos municípios que assim o exigiram. Foram seguidas as diretrizes éticas para a pesquisa com seres humanos e todos os entrevistados receberam as devidas informações sobre a pesquisa, as condições de sua participação. Os municípios concederam 'Cartas de Anuência', autorizando o trabalho de campo nas respectivas unidades de saúde da família. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) foram apresentados e assinados por todos os entrevistados.

2 A CONTRARREFORMA NEOLIBERAL DO ESTADO, SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS POLÍTICAS SOCIAIS, O SUS E O TRABALHO EM SAÚDE

Neste capítulo tratamos das transformações no campo das políticas públicas e do trabalho no setor saúde, implementadas a partir da reestruturação do Estado brasileiro, segundo o ideário neoliberal. Buscamos apresentar as relações entre as medidas adotadas e a configuração da Estratégia Saúde da família, localizando as disputas que a caracterizaram no contexto do debate relativo à Atenção Primária à Saúde no cenário internacional. Tais relações são importantes para a compreensão do modo como o trabalho dos ACS foi instituído no SUS e o movimento das contradições que o acompanham desde então.

A onda neoliberal que atingiu o mundo a partir do final dos anos 1970 alcançou com força o Brasil na década de 1990. Produziu-se, então, no país, um contexto favorável à implantação das medidas reestruturantes propagadas pelo Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e o governo americano, principalmente junto aos Estados nacionais endividados, conforme compreende Lima (2002). As inflexões promovidas pelos organismos internacionais, além de representarem os interesses do capital internacional, atendiam aos interesses de parte do capital brasileiro em participar dos resultados da privatização do patrimônio público, do barateamento do trabalho, da financeirização da economia e dos subsídios ofertados ao setor privado.

Pôs-se em movimento um amplo processo de ajuste estrutural que atravessou os governos federais entre 1990 e 2002. Apresentava-se a promessa da estabilização econômica e o controle do déficit público, mediante a aplicação de um pacote de diretrizes e ações políticas e econômicas que incluíam: a abertura da economia ao capital internacional, a desregulamentação comercial e financeira, a desregulação do mercado de trabalho e a diminuição do papel social do Estado e de sua participação nas atividades produtivas. (LIMA, 2010)

No campo político, a vitória de Fernando Collor de Melo nas primeiras eleições diretas para a Presidência da República, após o período de ditadura civil-militar e o governo Sarney (substituto de Tancredo Neves, eleito indiretamente) abriu o caminho para a produção do consenso político e as ações coercitivas necessárias à expansão e implementação das ideias neoliberais no país. O governo de Collor de Melo (1990 – 1992) iniciou o processo de privatização do Estado e de diminuição do funcionalismo público; promoveu o quase extermínio da tecnologia nacional e abriu o parque produtivo para o capital estrangeiro, detentor da tecnologia que substituiu a nacional; e desenvolveu políticas de arrocho salarial e

de redução do déficit público. Prematuramente interrompido, por não ter conseguido conciliar os interesses do bloco no poder, Collor de Melo foi sucedido por seu vice, Itamar Franco (1992-1995), que fez um governo de feições ambíguas, associando um discurso reformista e nacionalista à continuidade da implementação do receituário neoliberal que iniciara o seu predecessor (ANTUNES, 2004).

O sucessor de Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso, teve dois mandatos consecutivos (1995-2000 e 2000-2003) para realizar as principais contrarreformas de caráter neoliberal no cenário nacional. Com esta finalidade, criou um ministério específico - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) - que existiu entre 1995 e 1998, sob o comando de Luiz Carlos Bresser-Pereira. Em 1998, foi aprovada a Emenda n. 19 (BRASIL, 1998a) que instituiu a Reforma Administrativa no texto constitucional, conferindo-lhe legalidade e poder impositivo. As atribuições do MARE foram, então, transferidas para o Ministério do Planejamento e Gestão (MPOG).

O marco mais expressivo do processo de instituição da contrarreforma neoliberal no Brasil foi a publicação, em 1995, do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995a) que identificou quatro problemas fundamentais a serem enfrentados. O primeiro e o segundo problemas seriam, respectivamente, o tamanho do Estado, que deveria ser redimensionado, e o seu papel, que deveria ser redefinido. O terceiro problema consistiria na necessidade de o governo recuperar a capacidade financeira e administrativa de implementar suas decisões políticas e o quarto seria a necessidade de ampliar a capacidade de o governo intermediar politicamente interesses e garantir legitimidade para governar (aumentar a ‘governabilidade’, segundo a vulgata do neoliberalismo). (BRASIL, 1995a; RIZZOTTO, 2000)

Para o enfrentamento dessas questões foram indicados: o ajuste fiscal, a liberalização da economia em favor do mercado, o incremento das privatizações e um programa de publicização. Sobre estes dois últimos, que implicam processos de transferência de responsabilidades entre o setor público e o privado, o Plano Diretor afirmou que as privatizações teriam como objetivo “promover poupança forçada”, com os recursos obtidos pela venda das empresas estatais ao setor privado que supostamente seria mais eficiente na condução das atividades produtivas. Especificamente quanto à publicização, esta significou a transferência para o setor público não-estatal da produção dos serviços competitivos ou não-exclusivos do Estado, “estabelecendo-se um sistema de parceria entre Estado e sociedade para seu financiamento e controle” (BRASIL, 1995a, p. 13). Rizzotto (2000) identificou também a

terceirização como mecanismo utilizado pelo Estado para a contratação de serviços que passaram a ser prestados por terceiros.

O Plano Diretor distinguiu quatro setores no Aparelho de Estado aos quais corresponderiam modalidades diferentes de propriedade. O primeiro setor corresponde ao chamado núcleo estratégico, no qual se definem as leis e as políticas públicas e são tomadas as decisões estratégicas. É composto pelo Poder Legislativo, o Judiciário, o Ministério Público e a Presidência da República, seus ministros e assessores. O segundo setor comporta as atividades exclusivas, ou seja, aquelas que só o Estado pode realizar, relativas ao seu poder de regulamentação, fiscalização e fomento. Em ambos, a propriedade deveria ser estatal. (BRASIL, 1995a)

O terceiro setor compreende os serviços não exclusivos que implicariam a atuação simultânea do Estado e das organizações públicas não-estatais e privadas. O Estado não se retiraria completamente deste setor porque nele estariam envolvidos os chamados direitos humanos, como é o caso da saúde e da educação, ou porque os ganhos produzidos não poderiam ser apropriados diretamente pelo mercado. Neste setor, a propriedade deveria ser pública não-estatal uma vez que, neste, o poder de Estado não se exerceria, mas permaneceria o “subsídio” (entenda-se financiamento) estatal. Por último, o setor da produção de bens e serviços que se caracteriza pelas atividades econômicas voltadas para o lucro, onde atuam as empresas estatais que ainda não puderam ser privatizadas. Neste, a situação ideal seria haver somente a propriedade privada. (BRASIL, 1995a)

Em relação ao papel do Estado, o Plano Diretor definiu o seguinte:

“A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de **promotor** e **regulador** desse desenvolvimento” (BRASIL, 1995a, p. 12, grifos nossos)

Lembremos que, no contexto brasileiro, as políticas sociais e seus respectivos programas, serviços e ações desenvolveram-se de modo insuficiente e desigual, não permitindo que os trabalhadores usufríssem das mesmas condições de reprodução da força de trabalho que os trabalhadores dos países de capitalismo central, nos quais o chamado Estado de Bem-Estar Social teve sua expressão mais desenvolvida. A arquitetura político-econômica de cunho neoliberal instituída aqui bloqueou as perspectivas universalizantes que os movimentos populares lograram inscrever em partes do texto constitucional de 1988, como é o caso do SUS. Este se transformou em um complexo intrincado de avanços e recuos,

resultados provisórios das disputas e dos interesses conflitantes que compõem as forças que disputam o Estado brasileiro e se fazem presentes em seu aparato institucional.

No campo específico do trabalho no setor público, destacam-se os efeitos da Emenda Constitucional (EC) nº 19 de 04 de junho de 1998 (BRASIL, 1998a) que promoveu mudanças importantes, entre as quais destacamos a flexibilização da estabilidade dos servidores públicos, as mudanças no regime previdenciário desses servidores e a criação dos empregos públicos, reintroduzindo o vínculo contratual regido pela CLT na administração pública. Esse tipo de vínculo fora amplamente utilizado antes da aprovação da Constituição de 1998 que definiu o concurso público como única forma de ingresso no serviço público e o regime estatutário²⁴ como forma de vinculação.

Alguns pontos modificados pela EC nº 19 de 04 de junho de 1998 (BRASIL, 1998a) no que tange à estabilidade são: a ampliação do tempo exigido para a aquisição da estabilidade (estágio probatório) de dois para três anos; a obrigatoriedade de avaliação de desempenho ao final do estágio probatório; a previsão da perda de cargo pelo servidor estável por desempenho insuficiente, medido em avaliação periódica, quando os gastos com pessoal ultrapassar o limite definido no artigo 69 da Constituição vigente (BRASIL, 1988) e regulamentado, então, pela Lei Complementar n.º 82 de 27 de março de 1995 (BRASIL, 1995b) e, hoje, pela Lei Complementar nº 101 de 04 de maio de 2000 (BRASIL, 2000a).

Dentre as mais de 100 modificações realizadas na Constituição pela Emenda Constitucional nº 19 (BRASIL, 1998a), destacamos aqui também a introdução do dispositivo do contrato de gestão que servirá de base para a relação que o poder público estabelece com as Organizações Sociais, por meio do qual o Estado transfere suas atribuições a uma instituição do chamado terceiro setor. Este dispositivo, a Lei 9.637 de 1998 (BRASIL, 1998b) que regula as Organizações Sociais e a Lei 9.790 de 1999 (BRASIL, 1999b) que instituiu as Organizações Sociais de Interesse Público integram um conjunto de medidas que viabilizam uma das formas de privatização dos serviços e de terceirização da força de trabalho no setor público. (MARTINS; MOLINARO, 2013)

Nesse mesmo contexto, outro importante dispositivo legal reestruturante do campo do trabalho no setor público foi o Decreto 2271 de 1997 (BRASIL, 1997b) que dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional e

²⁴ O regime estatutário é regido por uma lei específica, como é o caso do Regime Jurídico Único (RJU), especificado na Lei nº 8.112 de 11 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1991), para os servidores públicos federais.

dá outras providências²⁵. Este permite a contratação de pessoal mediante a terceirização para as atividades de conservação, limpeza, segurança, vigilância, transportes, informática, copeiragem, recepção, reprografia, telecomunicações e manutenção de prédios, equipamentos e instalações, em consonância com o Enunciado n. 331 da Súmula do Tribunal Superior do Trabalho (TST), aprovado pela Resolução n. 23/OE, de 17 de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993a). Com este Enunciado, o TST passou a admitir, além daquelas já previstas, a contratação de serviços referentes à atividade meio da administração pública, desde que inexistentes a pessoalidade e a subordinação direta. (ARAÚJO et al, 2006)

Em seguida, ressaltamos mais alguns instrumentos normativos que concorreram para o fortalecimento da terceirização no setor público, promulgados no contexto em tela:

- As Leis n. 8.666/93 (BRASIL, 1993b) e n. 8.883/94 (BRASIL, 1994), por meio das quais a Administração Pública Direta e Indireta pode contratar serviços de terceiros, tais como transportes, vigilância, conservação, manutenção, limpeza, publicidade, seguro e trabalhos técnico-profissionais;
- Lei n. 8.745/ 93 (BRASIL, 1993c) que regulamenta o Inciso IX do artigo 37 da Constituição Federal, prevendo a contratação temporária de servidores, sem concurso público, em casos excepcionais;
- A Lei Camata – Lei complementar nº 82 de 27 de março de 1995 (BRASIL, 1995a), que inicialmente limitou os gastos com a contratação de pessoal em 60% da receita corrente líquida para todos os níveis da gestão pública;
- A Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (BRASIL, 2000a) que substituiu a Lei Camata e determinou que a despesa total com pessoal no setor público não poderia ser maior do que 50% da receita corrente líquida da União e 60% dos estados e municípios, a cada ano.

Como resultado desses e de outros dispositivos legais que limitaram os gastos com pessoal, flexibilizaram os vínculos e promoveram a terceirização, o chamado trabalho atípico cresceu no setor público. Compreendemos que o trabalho atípico se diferencia do trabalho padrão por não oferecer uma ou mais das seguintes condições: garantias formais e contratuais, previsão de horário integral e contratação por tempo indeterminado (VASAPOLLO, 2005a). No caso específico do trabalhador público, deve-se considerar também, como parâmetro de

²⁵ ARAÚJO et al (2006) identificam o Decreto-Lei n. 200 de 1967 (BRASIL, 1967) como o marco da terceirização na administração pública no Brasil. Este Decreto, que dispôs sobre a organização da Administração Federal e estabeleceu diretrizes para a Reforma Administrativa de então, legalizou a transferência, por meio de contratos e concessões, de atividades da administração federal para o setor privado, visando a sua descentralização.

flexibilização do trabalho e constituição do trabalho atípico, as mudanças operadas na legislação e no estatuto próprios dos servidores públicos que lhes ofereciam condições diferenciadas de estabilidade e de aposentadoria.

A heterogeneidade das relações salariais no setor público deve-se também a uma política incisiva de não realização de concursos públicos, de incentivos à aposentadoria e à cessão de servidores entre órgãos públicos, como forma de compor a força de trabalho nas instituições²⁶. Desse modo, as fronteiras de um nicho do trabalho, até então considerado um dos mais protegidos em relação ao processo de precarização social, passaram a ser crescentemente tensionadas

Quadro 2 - Alterações na legislação brasileira que afetaram o trabalho no setor público, nos governos FHC (1995 - 2003)

Efeitos	Legislação	Alteração
Demissão, aumento da terceirização no setor público e precarização da relação contratual	Lei n. 9801/99 (BRASIL, 1999c)	Disciplina os limites das despesas com pessoal e estabelece o prazo de dois anos para as demissões por excesso de pessoal.
	Lei Complementar n. 96/1999 (BRASIL, 1999d)	Regulamenta a demissão de servidores públicos por excesso de pessoal.
	Lei complementar n. 82 de 27 de março de 1995 – Lei Camata (BRASIL, 1995a).	Limita os gastos com contratação de pessoal em 60% da receita corrente líquida para todos os níveis de gestão.
	Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000a)	Determina que a despesa total com pessoal no setor público não poderá ser maior do que 50% da receita corrente líquida da União e 60% dos estados e municípios, a cada ano.
	Medida Provisória n. 1.970/2000 (BRASIL, 2000b)	Instaura o Programa de Desligamento Voluntário (PDV), reproduzindo, no setor público, a estratégia de redução de custos pela diminuição da força de trabalho implantada no setor privado.
	Lei n. 9637 de 15 de maio de 1998 (BRASIL, 1998b)	Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais (OS), a criação do Programa Nacional de Publicização, o contrato de gestão (instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social), a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades

²⁶ Essas mudanças tiveram continuidade nos governos subsequentes. Dentre os instrumentos legais mais recentes, destacamos o PL 4330 (BRASIL, 2004a) aprovado na Câmara dos Deputados em 2015, que amplia as possibilidades de terceirização para todas as atividades e setores. O contexto atual é particularmente perigoso diante da legislação referente à ‘reforma trabalhista’ (BRASIL, 2017b), que o governo liderado por Michel Temer logrou aprovar, e à ‘reforma da previdência’ que ainda não obteve sucesso completo no Congresso Nacional.

		por organizações sociais, entre outras providências.
	Lei n. 9790/1999 (BRASIL, 1999b)	Qualifica as Organizações Sociais Civis de Interesse Público (OSCIP) e disciplina o Termo de Parceria que estas passam a poder estabelecer com o Estado, visando o desenvolvimento de atividades de interesse público, mediante o repasse de verbas do Estado para estas instituições.
	Emenda Constitucional n. 19 de 04 junho de 1998 (BRASIL, 1998a)	Quebra a unicidade jurídica (Regime Jurídico Único - RJU), exceto para os cargos relacionados às “atividades exclusivas de Estado”. Modificou o regime de estabilidade dos servidores públicos que só é adquirida após três anos de exercício em cargo efetivos. Amplia as situações em que a Administração Pública pode dar fim ao vínculo jurídico com o servidor público. Introduz o princípio da eficiência ao texto constitucional, aproximando a Administração Pública da racionalidade do setor privado.
	Emenda Constitucional n. 20 de 15 de dezembro de 1998 (BRASIL, 1998c)	Promove alterações no regime previdenciário dos servidores públicos. Estabelece idade mínima, além do prazo de contribuição para a aposentadoria.
	Lei n. 9.849/1999 (BRASIL, 1999e)	Altera os artigos da Lei no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação no serviço público por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público. Permite a prorrogação do contrato dos trabalhadores, assegurando ao gestor público a recontração dos trabalhadores temporários, após dois anos desde o encerramento do último contrato. Amplia o leque de atividades passíveis de contratação temporária.
	Lei n. 9962/2000 (BRASIL, 2000c)	Disciplina o regime de emprego público do pessoal da Administração federal direta, autárquica e fundacional. Estabelece que os admitidos para emprego público devem ser regidos pela CLT, mesmo que o ingresso seja via concurso público.

Tabela produzida a partir de Krein (2004), com acréscimos e modificações da autora.

2.1 A Contrarreforma Neoliberal no Setor Saúde: limites para o SUS e a Atenção Básica

A contrarreforma do Estado brasileiro avançou na direção do setor público de saúde para o qual foi produzido um documento específico, contendo as principais diretrizes políticas

para o setor: “Reforma Administrativa do Sistema de Saúde” (BRASIL, 1998d), publicado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

Com forte viés gerencialista, este documento propunha que o SUS fosse dividido em dois subsistemas: o Subsistema de Entrada e Controle, ao qual se atribuem as características comumente referidas à atenção básica, como a resolubilidade dos problemas mais comuns, a integração das ações e a continuidade da atenção; e o Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar ao qual seriam encaminhados os problemas considerados de maior complexidade. Essa segunda parcela do sistema seria composta pelos ambulatórios especializados e pelos hospitais. (BRASIL, 1998d)

Segundo a proposta do governo à época, o Estado concentraria sua atenção na organização e funcionamento do Subsistema de Entrada e Controle que abrange os chamados cuidados básicos de saúde ao indivíduo e à família e o encaminhamento dos problemas que transcendem a capacidade resolutiva desse subsistema para os serviços do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar. Os serviços que integram o Subsistema de Entrada e Controle - postos, centros de saúde e unidades de saúde da família - ficariam “diretamente subordinados à autoridade de saúde municipal” (BRASIL, 1998d, p. 15).

O Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar seria composto indistintamente por instituições estatais, filantrópicas ou privadas credenciadas. Além disso, seriam adotadas medidas que estimulassem a competição, sem distinção, entre instituições públicas e privadas, conforme destacado nos trechos a seguir:

(...) a separação operacional entre o Subsistema de Entrada e Controle, para solução de problemas mais simples em nível do indivíduo e da família e o Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar permite o surgimento de mecanismos de **competição administrada altamente saudáveis**, envolvendo os [subsistemas de] Entrada e Controle entre si (competição pela qualidade, resolubilidade, efetividade, integralidade e continuidade) e entre ambulatórios e hospitais de referência (competição pela qualidade, redução de custos e desempenho entre outros). (BRASIL, 1998d, p.11, grifos nossos)

Os hospitais estatais existentes em cada esfera também integrarão a oferta, **competindo com os hospitais privados e filantrópicos**. (BRASIL, 1998d, p. 18, grifos nossos)

De acordo com Harvey (2008), na lógica neoliberal, a competição é considerada uma virtude, seja ela entre indivíduos, empresas e/ou entidades territoriais e deve obedecer às leis do mercado. Combinada com a privatização e a desregulação, a competição formaria um trio capaz de eliminar obstáculos burocráticos, ampliar a eficiência e a produtividade, conseguindo ainda melhorar a qualidade e reduzir custos. A retórica neoliberal justificaria

assim a desregulação e o repasse à iniciativa privada de setores antes geridos ou regulados pelo Estado.

A perspectiva gerencialista de cunho privatista levou para o setor público de saúde os princípios do setor privado e do mercado, transformando-se em vetor da redução da participação direta do Estado na oferta dos serviços públicos e da operacionalização de mudanças no processo de trabalho em saúde, com a inserção de novos dispositivos de gestão. (ALMEIDA, 1999; SOARES, 2000; CHINNELLI, LACERDA; VIEIRA, 2011)

Compreendemos o gerencialismo²⁷ como um elemento da contrarreforma do Estado brasileiro que buscou instituir uma ‘Nova Gestão Pública’ (NGP), caracterizada pela substituição da administração de base burocrática pela incorporação de estratégias gerenciais importadas do setor privado (ANDRIOLO, 2006). Associado ao ideário ‘racionalizador’ que predominou na contrarreforma operada no setor saúde, o gerencialismo provocou uma combinação de processos chamados ‘racionalizantes’, com ênfase na prevenção, promoção e proteção da saúde, articulados a medidas privatizantes e de transferência de responsabilidades, de recursos e de serviços do Estado para o mercado. Neste mercado incluem-se as instituições não-estatais, conhecidas como organizações sociais, organizações da sociedade civil de interesse público, fundações de apoio e cooperativas de profissionais da saúde (CHINELLI, LACERDA e VIEIRA, 2011).

Sob a hegemonia desse pensamento, as questões de caráter ético-político, relacionadas ao atendimento das necessidades de saúde das pessoas, são transformadas em problemas ‘gerenciais’ para os quais são oferecidas soluções administrativas, estratégias de gestão, avaliação e controle, com metas definidas pelo alto e monitoradas por dispositivos que passam a compor o processo de trabalho em saúde. Amparada por novos instrumentos legais que permitem a redefinição da natureza jurídica de instituições e serviços e o desenho de novas modalidades de contratação precária dos trabalhadores, a racionalização de viés gerencialista ampliou a privatização do setor, com formas variadas de participação do segmento privado, inclusive em áreas antes exclusivas do Estado (avaliação de serviços e vigilância sanitária, por exemplo), e a terceirização de serviços e da própria força de trabalho. (RIZZOTTO, 2000; PIRES, 2004; CHINNELLI, LACERDA e VIEIRA, 2011)

Tiveram papel importante na difusão do ideário neoliberal no campo da saúde (e de outras políticas) os organismos internacionais que condicionavam empréstimos ou o financiamento de programas e projetos aos vários países, principalmente, os de capitalismo

²⁷ O gerencialismo é discutido mais detalhadamente no capítulo 5.

dependente, à adesão aos ajustes por eles propostos. O receituário dessas instituições indicava o caminho das transformações a serem operadas nas realidades nacionais, de forma a atenderem os interesses do capitalismo mundializado, particularmente das classes hegemônicas dos países centrais e especialmente dos Estados Unidos, com o consentimento de seus sócios minoritários, integrantes das burguesias locais, dentre as quais, a brasileira. (BORÓN, 1995; SANTOS, 2002 e 2005; HARVEY, 2014)

Desse modo, tais organismos produziram parâmetros para a reconfiguração dos Estados nacionais e suas políticas, chegando até mesmo a estabelecer diretrizes a serem implementadas pelos programas²⁸, ou ainda, funcionando como árbitros em questões internacionais. Entre as instituições com esse perfil de atuação, destacamos o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial e as agências especializadas associadas à Organização das Nações Unidas (ONU), como a Organização Internacional do Trabalho, (OIT) a Organização Mundial do Comércio (OMC) e, no caso da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta última perdeu espaço para o Banco Mundial, transitando de uma posição de defesa da auto-sustentação das políticas nacionais de saúde para um papel tecnocrático a partir da década de 1980²⁹ (MATTA, 2005).

As condicionantes e os parâmetros produzidos, principalmente pelo Banco Mundial, dizem respeito especialmente ao papel do Estado, ao escopo, à abrangência das políticas sociais e seus programas. Em relação à saúde, os parâmetros visavam a organização do sistema de saúde, a abrangência das ações e dos serviços ofertados, a definição da extensão do direito à saúde pública, a modalidade de oferta e a participação do setor privado, entre outros aspectos do sistema nacional de saúde. Resultaram em políticas seletivas e pacotes restritos de atenção, dirigidos às frações da classe trabalhadora em piores condições sociais.

No Brasil, um importante instrumento para a inviabilização da efetivação do SUS como um sistema universal e integral de saúde foi o seu desfinanciamento, isto é, a desconstrução de suas bases de financiamento, a começar pelo esvaziamento da proposta da seguridade social, presente no texto constitucional. Houve diminuição e desvinculação dos

²⁸ Na saúde, um exemplo é o condicionamento do repasse de recursos (empréstimo) à execução de atividades de fortalecimento do chamado terceiro setor, na época principalmente representado pelas organizações não-governamentais (ONG), concretizando um deslocamento do papel do Estado como executor. Isto se verificou em diversas áreas do setor, sendo possivelmente o caso mais notório os Programas de DST/AIDS.

²⁹ A partir da década de 1990, a OMS se recoloca no cenário de disputa pelo mercado mundial de saúde, tanto do ponto de vista técnico como político, sob a bandeira da noção de *Global Health* que, em linhas gerais, busca alinhar a agenda da saúde com as estratégias de globalização econômica, cultural e científica, estabelecendo uma nova arena de negociação política na área da saúde que articula instituições governamentais, instituições acadêmicas, organizações não-governamentais, grandes organizações e corporações econômicas, programas e políticas de agências internacionais. (MATTA, 2005)

recursos da receita da União. Dois fatos importantes nesse sentido foram a retirada da participação da contribuição previdenciária na base de cálculo do financiamento do SUS e o não repasse dos recursos da Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social.

Foram instituídos mecanismos específicos para a desvinculação da receita da União, de modo a possibilitar a destinação de tais recursos principalmente para o pagamento dos juros ou do serviço da dívida pública. Esses mecanismos foram: o Fundo Social de Emergência, substituído pelo Fundo de Estabilização Fiscal e, finalmente, a Desvinculação de Receitas da União (DRU), por meio dos quais 20% da arrecadação de impostos e contribuições da União foram e são desviados para a política federal de estabilização econômica e, mesmo que um percentual possa retornar para o Orçamento da Seguridade Social, uma das fontes de financiamento da saúde, isso acaba contribuindo com o caráter discricionário desse financiamento.

Os mecanismos de desvinculação de recursos da receita da União e a Lei de Responsabilidade Fiscal³⁰ - Lei Complementar 101 de 04 de maio de 2000 (BRASIL, 2000a) - estão entre os dispositivos de corte neoliberal que têm repercutido na precarização do trabalho no SUS e na restrição à ampliação da atenção pública à saúde, ajudando a compor as dimensões contraditórias do SUS.

A Lei de Responsabilidade Fiscal, em especial, tem relação bastante estreita com a precarização do trabalho em saúde, uma vez que estabeleceu limites para os gastos com pessoal no setor público, mas excluiu dessa conta a contratação de serviços de empresas terceirizadoras. (BRASIL, 2000a). Essa Lei foi amplamente utilizada como argumento dos gestores para a contratação de pessoal por vínculos indiretos no setor público e, apesar de sua importância ainda hoje, há estudos (GIRARDI et al, 2014) que indicam que a argumentação atual dos gestores gira em torno das vantagens de formas de gestão que escapam da chamada ‘rigidez’ dos marcos legais da administração pública. Nesse deslocamento de justificativas, os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal parecem já estar naturalizados³¹ e os gestores

³⁰ Conforme vimos, a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 determina que a despesa total com pessoal no setor público não poderá ser maior do que 50% da receita corrente líquida da União e 60% dos estados e municípios, a cada ano. Anteriormente a essa, houve a já mencionada Lei complementar nº 82 de 27 de março de 1995 (Lei Camata) que inicialmente limitou os gastos com contratação de pessoal em 60% da receita corrente líquida para todos os níveis de gestão. (BRASIL, 2000a; BRASIL, 1995a)

³¹ Em sua tese de doutoramento, Medeiros (2011), apesar de reconhecer a relação entre a Lei de Responsabilidade Fiscal e a precarização do trabalho em saúde, relativiza a argumentação dos gestores. A autora identificou que, apesar de ser muito importante o volume de recursos dos municípios gastos com pessoal da saúde, este não acompanhou a tendência de aumento nas proporções de despesa total com pessoal nessas instâncias administrativas e que, em várias situações, o teto estipulado pela Lei não foi atingido. Mesmo assim, deu-se a precarização do trabalho.

demonstram uma certa adesão ideológica às práticas flexíveis de contratação. (MEDEIROS, 2011)

A concepção de Atenção Primária à Saúde a ser adotada e implementada no Brasil, *locus* do trabalho dos ACS, também sofreu inflexões de modo a atender às ‘preocupações’ em torno da racionalização dos recursos. Essa racionalização consistia principalmente no direcionamento da oferta, na composição (segmentada) dos serviços, na definição do escopo (reduzido) das ações e na caracterização/composição da força de trabalho.

Em seguida, recuperaremos as concepções que historicamente disputam a configuração da Atenção Primária à Saúde no plano internacional e nacional.

2.2 Atenção Primária à Saúde: concepções em disputa no mundo e no Brasil

Atenção Primária à Saúde é uma expressão utilizada pela primeira vez nos anos 1960, mas cujas ideias remontam ao ano de 1920, quando o governo britânico publicou o Relatório Dawson. Esse documento contém uma proposta de organização dos serviços de saúde com características que, décadas depois, serão resgatadas na composição da lógica que estrutura o enfoque da APS, tais como: base distrital e níveis de hierarquização dos serviços, em que unidades com características ambulatoriais e em maior quantidade comporiam o primeiro nível de assistência, oferecendo o atendimento do *general practitioner* que corresponderia ao nosso médico generalista ou clínico geral. (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

No Brasil, as unidades ambulatoriais, instituídas em São Paulo e no Rio de Janeiro a partir da segunda metade dos anos 1920, seguiram principalmente a organização dos Centros de Saúde, num processo de reforma dos serviços sanitários. Entre as atribuições dos Centros de Saúde citadas no decreto de sua criação - Decreto nº 3.876, de 11 de julho de 1925 – (BRASIL, 1925), destacam-se: o tratamento e o encaminhamento a outros serviços quando necessário; a equalização do tratamento apropriado das doenças transmissíveis; a localização de focos de doenças e a criação de oportunidades de educação sanitária dos pacientes e suas famílias.

Assim iniciados, os Centros de Saúde permaneceram no cenário da saúde brasileira, representando esforços de aproximar os serviços da população, especialmente daquelas parcelas que, de outro modo, não teriam acesso à assistência à saúde. No modelo representado

pelos Centros de Saúde, a educação sanitária³² tem centralidade e a visita domiciliar é uma prática importante. Ambas terão destaque em outros movimentos de reorganização do modelo de atenção à saúde, como a medicina comunitária, que também buscava alcançar os estratos da população não atendidos pelos serviços de saúde e, mais recentemente, na própria Estratégia Saúde da Família e especificamente no trabalho dos ACS, ressaltando-se os marcos históricos distintos de cada um. (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

Baseados na atenção permanente e distrital, os Centros de Saúde são um contraponto ao modelo campanhista na saúde pública, verticalizado e centralizado, que se caracterizou pelo combate a endemias específicas, organizando os serviços por doenças. Mais tarde, os Centros de Saúde representaram também uma alternativa ao modelo de atenção centralizado nos hospitais (modelo hospitalocêntrico) que marcou a organização da assistência à saúde no Brasil. O modelo hospitalocêntrico foi impulsionado pelo desenvolvimento da medicina previdenciária e de grupos, e pelos interesses privados que dele se beneficiam. São representantes importantes desses interesses os proprietários de hospitais privados e as indústrias de insumos, equipamentos e medicamentos, dos quais os hospitais são importantes consumidores. (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013)

Por muitos anos, os Centros de Saúde, acrescidos dos postos e subpostos e ampliando suas atividades clínicas, compuseram a face hegemônica da atenção ambulatorial pública. Hoje, tais serviços são identificados com a chamada Atenção Básica³³ tradicional que, na década de 1990, perdeu espaço para a Estratégia Saúde da Família, inicialmente instituída sob a forma de dois programas - o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família³⁴.

Em âmbito internacional, a história da Atenção Primária à Saúde tem um momento de inflexão importante em 1978, com a Conferência de Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, então integrante da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. Esta Conferência foi organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o

³² Cabe notar, entretanto, que a educação sanitária nos moldes dos centros de saúde era predominantemente normatizadora, visando os vários âmbitos da vida e os diferentes espaços institucionais (escolas, fábricas, domicílios). (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013)

³³ Conforme já indicado, no Brasil, Atenção Básica é a nomenclatura adotada para designar a Atenção Primária à Saúde que corresponde, desde 1996, a uma política específica: a Política Nacional de Atenção Básica. O uso desse termo corresponderia a uma tentativa de distinguir a política nacional da perspectiva seletiva que se tornou hegemônica mundialmente, a partir da predominância das ideias neoliberais. (FAUSTO; MATTA, 2007)

³⁴ Além da Estratégia Saúde da Família, Mendes (2002) indica quatro propostas alternativas ao modelo 'hegemônico convencional' de configuração da Atenção Primária à Saúde no Brasil, construídas no âmbito dos seguintes movimentos/projetos: da Medicina Geral e Comunitária, da Ação Programática em Saúde, do Programa Médico de Família e do modelo de Defesa da Vida, originárias, respectivamente de Porto Alegre, do estado de São Paulo, de Niterói e de Campinas.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e sua importância se expressa na concepção de Atenção Primária pactuada entre os 134 países³⁵ que se fizeram representar no evento:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS/UNICEF, 1978, p. 3).

Identificamos na concepção de APS firmada em Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1978) a compreensão da saúde como um direito fundamental dos homens, a ser garantido mediante diferentes serviços que articulem a proteção e a promoção da saúde, assim como um fenômeno complexo, determinado por diversos fatores, econômicos, sociais, culturais, requerendo para o seu atendimento, a ação conjunta de diferentes setores.

O documento final da Conferência de Alma-Ata contém críticas ao desenvolvimento desigual entre os países, estabelecendo relação entre o desenvolvimento econômico e social e a possibilidade de se atingir a meta de ‘saúde para todos’, lançada pela OMS em 1976. Chama a atenção para a necessidade de se reduzir a distância entre o estado de saúde dos chamados ‘países em desenvolvimento’ e dos ‘países desenvolvidos’. De forma complementar, indica que a promoção e a proteção da saúde são condições para que este desenvolvimento se realize, apontando a necessidade de os governos desenvolverem políticas nacionais de saúde que contribuam para a melhoria da qualidade de vida de seus povos. (OMS/UNICEF, 1978).

Essa Conferência é resultado de uma série de movimentos havidos nos anos 1970, especialmente de questionamento dos programas verticalizados, descontextualizados e seletivos promovidos pela OMS no combate a endemias, particularmente na África, assim como do modelo biomédico, criticado pelo seu alto grau de especialização e elitismo. No continente africano, no processo de independência das colônias portuguesas, foram propostas novas possibilidades de intervenção na saúde, mais democráticas, com maior identificação com os problemas e as especificidades locais e maior participação da população e do saber popular sobre a saúde. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

³⁵ O Brasil não enviou representante à Alma-Ata.

No chamado bloco socialista, a China desenvolvera os chamados ‘médicos de pés descalços’ que levaram atenção à saúde às regiões de difícil acesso, principalmente, no meio rural. Além disso, destaca-se a adoção de perspectiva semelhante entre as igrejas cristãs que atuavam nos chamados países em desenvolvimento e a publicação, em 1974, do Relatório Lalonde³⁶, no Canadá, intitulado “Uma Nova Perspectiva para a Saúde dos Canadenses”. Entre outras coisas, esse relatório enfatizava a importância da prevenção das doenças e da promoção da saúde, assim como da organização de um sistema de saúde de responsabilidade governamental, adequado às necessidades da população. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

O Relatório Lalonde divulgou também estudos sobre a evolução da situação de saúde na Inglaterra e no País de Gales, nos séculos XVIII e XIX, que demonstravam a relação entre a saúde e as condições de vida, com destaque para o saneamento e a alimentação (alimentos disponíveis)³⁷. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

As autoras destacam ainda a publicação, em 1975, do livro “Nêmesis da Medicina: Expropriação da Saúde” de Ivan Illich, contendo críticas radicais ao modelo biomédico e denunciando a iatrogenia (problemas ou complicações de saúde decorrentes da intervenção médica) e a pouca relação entre as melhorias alcançadas na situação de saúde da população e a assistência prestada pela medicina moderna. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Compreendemos que a concepção de Atenção Primária à Saúde defendida na Conferência de Alma-Ata corresponde aos anseios por uma resposta mais adequada e abrangente às principais necessidades de saúde das populações dos diferentes países e à necessidade de reconhecimento e enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Destaca-se ainda que essa concepção se delineou num contexto político e social no qual a experiência do socialismo representava um contraponto importante às investidas do capital contra o trabalho, assim como os Estados de Bem-Estar Social ainda guardavam parte importante das conquistas sociais dos trabalhadores nos governos social-democratas, notadamente os europeus.

Em contraposição, um ano após a realização dessa Conferência, em 1979, os interesses que se opunham a essa perspectiva ampliada de saúde, considerada inexecutável, se uniram para promover uma reunião na Itália, a Conferência de Bellagio, na qual se enfocou a atenção

³⁶Marc Lalonde é o nome do Ministro da Saúde do Canadá à época da publicação do relatório “*New Perspective on the Health of Canadians*” que ficou mundialmente conhecido como Relatório Lalonde.

³⁷Tais estudos foram desenvolvidos por Thomas McKeown, epidemiólogo inglês que analisou, em retrospecto, a evolução da situação de saúde na Inglaterra e no País de Gales, entre os séculos XVIII e XIX (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

primária como uma estratégia de combate a doenças nos chamados países em desenvolvimento. Esse evento foi promovido pela Fundação Rockfeller, com o apoio do Banco Mundial e da Fundação Ford, além de outras instituições internacionais, e resultou na difusão da atenção primária como um “pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 17). Esse pacote ficou conhecido como medicina ‘pobre para pobre’ (PAIM, 2012).

Inicialmente apresentada como uma estratégia provisória para os países pobres, que complementava as proposições gerais de Alma-Ata, esta concepção seletiva de Atenção Primária à Saúde encontrou conjuntura favorável na crise capitalista que passou a vigorar a partir de meados da década de 1970, provocando o aumento do desemprego e o crescimento das desigualdades internas aos países e entre os países. Pôs-se, então, a serviço dos objetivos privatistas e racionalizantes, contrários à perspectiva da saúde como um direito universal que defende a responsabilidade dos Estados nacionais em prover, a seus povos, sistemas públicos de saúde adequados às suas necessidades.

No plano internacional e nacional, essas duas concepções disputaram a forma e o conteúdo das políticas públicas de saúde, especialmente nos países do chamado ‘Terceiro Mundo’. De um modo geral, Giovanella e Mendonça (2012, p. 9) identificam quatro linhas principais de abordagem da APS:

- “1. programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços, denominada em inglês *selective primary care*;
2. um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; denominada em inglês *primary care*;
3. abrangente ou integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas; denominada em inglês *comprehensive primary health care*;
4. filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde”.

Segundo nosso ponto de vista, as duas últimas formas de abordar a APS se coadunam com os princípios do Sistema Único de Saúde, conforme proposições do Movimento da Reforma Sanitária, ou seja, a universalidade do direito à saúde, oferecida de forma integral e igualitária, a toda a população brasileira. Entretanto, podemos dizer que as quatro tendências se fazem presentes nas disputas pela conformação da APS nacional, ou melhor dizendo, da Atenção Básica à saúde no Brasil, e repercutem na conformação dos serviços, das ações e do trabalho nesse nível de atenção, especialmente, do trabalho dos ACS.

Como já dito, os agentes comunitários de saúde são representativos de um grupo genérico de trabalhadores identificados na bibliografia internacional como *Community Health Workers* (CHW)³⁸. Sua ocorrência e atuação respondem a situações de dificuldade de acesso a serviços de saúde por parte da população, devido à pobreza ou a outras condições que dificultam o acesso à atenção à saúde, nos diferentes países (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

Fonseca, Morosini e Mendonça (2013) nos oferecem um quadro da propagação desses trabalhadores que está relacionada particularmente à necessidade de se estender a cobertura de saúde a áreas rurais, como é o caso da Rússia, onde egressos das escolas eram treinados, desde o século XIX, para desenvolverem atividades de saúde junto à população do campo. Na China, ao final dos anos 1960, foi desenvolvido um programa nacional, conhecido como ‘médicos de pés descalços’, já mencionado anteriormente, que também incorporou membros das comunidades e visava a cobertura de áreas afastadas.

No caso do continente africano, as autoras indicam que a necessidade de promover formas de cuidado em saúde alternativas à assistência médica decorreu do processo de independência das colônias africanas que, viabilizado por meio de conflitos bélicos, acarretou a evasão dos profissionais de saúde. Nesses locais, foram treinados membros da população para atuar tanto na prevenção, quanto na assistência à saúde.

Em Cuba, durante a revolução socialista, houve também um decréscimo significativo no número de médicos, o que levou à instituição de uma nova organização dos serviços de saúde que incluía: policlínicas, serviços básicos e a participação da comunidade. (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013).

Podemos dizer que a história dos CHW se associou à história da Atenção Primária à Saúde em várias partes do mundo, especialmente na América Latina e na África, onde a atuação de trabalhadores não integrantes dos quadros instituídos de profissionais da saúde ganhou centralidade e passou a ser estruturante para o desenvolvimento da APS. A caracterização da Atenção Primária à Saúde e do trabalho desses trabalhadores comunitários precisa ser compreendida em relação com a conformação das políticas de saúde e das políticas sociais de um modo geral, em cada contexto político, econômico e social dos diferentes países.

³⁸Trabalhadores Comunitários de Saúde.

Apesar de dispor dessa base comum³⁹, o caso dos agentes comunitários de saúde na Atenção Básica, no Brasil, guarda particularidades importantes. O ACS integra o quadro da força de trabalho oficial da saúde pública brasileira, especificamente do SUS, maior sistema universal público do mundo. Está inserido numa política pública estratégica, de caráter permanente, ou seja, não emergencial, nem provisório, ou transitório para uma outra situação mais adequada. Na condição de estratégia, a Saúde da Família é, ela própria, o vetor para o alcance de um novo padrão de garantia do direito à saúde, como também faz parte do ponto de chegada, ou seja, do horizonte de transformação do sistema de saúde.

Vamos nos deter, em seguida, na caracterização do contexto brasileiro de desenvolvimento da ESF nos anos 1990 e das condições que repercutiram na sua configuração, com implicações específicas para o trabalho dos ACS.

2.3 Estratégia Saúde da Família: tensões e acomodações entre o receituário neoliberal e os princípios do SUS

Na década de 1990, no Brasil, a atenção básica à saúde foi alvo de importantes transformações. Nesse período, o Ministério da Saúde instituiu dois programas complementares: o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991, cujo nome se modifica para Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)⁴⁰ em 1992, e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994.

As equipes do PACS eram compostas por agentes comunitários de saúde, supervisionados e preparados por enfermeiros. No PACS, os ACS tinham como referência uma unidade de atenção básica e eram responsáveis por uma área delimitada, na qual identificavam situações de risco à saúde e visitavam regularmente os moradores, realizando principalmente práticas de educação em/para a saúde.

Ao ser criado, o PACS recebeu a influência de uma série de experiências desenvolvidas em diversas regiões do país, visando a expansão de cobertura e tendo a educação em saúde e a atuação de trabalhadores comunitários como eixos do trabalho. Inicialmente desenvolvido em regiões de características rurais, em situação de pobreza, o PACS obteve a melhoria de indicadores importantes da qualidade de vida da população, como

³⁹Há que se notar a participação do UNICEF e da Pastoral da Criança da Igreja Católica na conformação do trabalho dos ACS, influenciando o caráter voluntário que se associou às suas atividades, as tendências à não profissionalização e a precarização das formas de contratação que ainda hoje, permanecem como situações a serem superadas.

⁴⁰Doravante denominado PACS.

a redução da mortalidade materna e infantil (menores de um ano), utilizando-se de tecnologias de baixo custo e alto impacto, baseadas na educação em/para saúde, como a promoção da terapia de reidratação oral (TRO), o estímulo à vacinação e o acompanhamento de gestantes e crianças pequenas.

O sucesso obtido pelo PACS, somado à crítica quanto à necessidade de maior resolutividade da atenção oferecida, levou o Ministério da Saúde à criação do Programa de Saúde da Família. Este programa prevê uma equipe multiprofissional com, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ampliar-se com a inserção dos profissionais da área de saúde bucal (dentista, auxiliar ou técnico de saúde bucal). Essa equipe assume a responsabilidade sanitária pelo território que lhe é adscrito.

O PACS e o PSF passaram a compor a Estratégia Saúde da Família que, a partir de 1997, com a publicação da Portaria 1886 (BRASIL, 1997a), assumiu o objetivo de reorientar o modelo de atenção à saúde, o que se desenhava desde 1996, com dispositivos previstos na Norma Operacional Básica de Saúde - NOB/96 - (BRASIL, 1996) publicada no ano em tela (MATTOS, 2002).

Nesse ponto, considerando a conjuntura na qual se desenvolveu a Estratégia Saúde da Família, retomamos uma questão fundamental: como se explicaria o desenvolvimento e a expansão de uma política voltada para ampliar a cobertura pública de atenção à saúde num contexto no qual se opera a reforma administrativa do Estado brasileiro, no sentido da redução do seu papel de provedor de bens e serviços à população?

Foi a partir da pesquisa realizada no mestrado que começamos a compreender a precarização do trabalho dos ACS como um componente de uma contradição fundamental que se caracteriza pelo fato de a precarização do trabalho de parte da classe trabalhadora ser condição para a ampliação do direito à saúde dessa mesma classe.

Inicialmente, identificamos três condições que constituem essa contradição: “a configuração do escopo do modelo de atenção, a precarização do trabalho⁴¹ nas equipes de saúde da família e a qualificação profissional restrita dos ACS” (MOROSINI, 2010, p. 34). Hoje, entendemos que a focalização da política a grupos específicos – frações da classe trabalhadora mais expostos à precarização do trabalho e das condições de produção e reprodução da vida – também compõe essa contradição.

⁴¹Note-se que, nesse momento, nos referimos à precarização das formas de contratação ou vínculos de trabalho.

Em consonância com a contrarreforma neoliberal do Estado, podemos dizer que o PACS e o PSF, principalmente em seu desenvolvimento inicial, associaram: seletividade do pacote de ações e procedimentos de saúde; vinculação precária dos trabalhadores; utilização de pessoal sem qualificação; direcionamento à população mais pobre, com prioridade de implementação nas áreas de risco indicadas no ‘Mapa da Fome’ (RIZZOTTO, 2000; SOARES, 2000).

Em relação à configuração do escopo do modelo de atenção, encontramos uma tensão constante. De um lado dessa tensão está a possibilidade de a Estratégia Saúde da Família assumir o perfil da APS seletiva e focalizada, convertendo-se em uma cesta mínima de ações e serviços e voltada para um segmento da classe trabalhadora que não pode participar do mercado de atenção à saúde. De outro lado, coloca-se a perspectiva de uma política de atenção básica articulada a um conjunto maior e mais abrangente de equipamentos públicos de saúde, garantindo o acesso aos demais níveis de atenção, em um sistema integrado de atenção contínua à saúde, concebida como um direito universal, cujos serviços são organizados conforme as necessidades da população.

Na primeira acepção, a Estratégia Saúde da Família cumpriria padrões mínimos de atendimento das questões elementares de prevenção e cuidados, associados à ideia de uma cobertura universal⁴², segmentada, com viés privatizante, por meio da qual se amplia a mercantilização da saúde. Nesse caso, a atenção à saúde é acessada conforme o poder de compra dos diferentes estratos da população (classes e frações de classe). Na segunda acepção, a ESF seria um elo de um sistema abrangente, uma etapa fundamental no processo de cuidado integral, permanente e integrado da saúde, próprio à concepção da saúde como um direito universal, igualmente garantido a todos os brasileiros.

Essas tensões são percebidas de formas diferentes pelos autores. Viana e Dal Poz (1998), por exemplo, caracterizam a experiência do PSF como a constatação de que “(...) é possível se ter experiências focalizadas dentro do universalismo e, ao mesmo tempo, dado o caráter de algumas práticas, fazê-las instrumentos de (re) organização da política universal” (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 18). Já Cohn (1999) entende que esses programas

⁴²A cobertura universal opõe-se à ideia do direito universal à saúde, uma vez que não se implica com a oferta pública dos serviços de saúde, ao contrário, visa fortalecer a participação do setor privado no mercado de saúde por meio da difusão, nos países de baixa e média renda, de sistemas de saúde organizados sob a lógica do seguro. Trata-se de uma proposta, elaborada pela Fundação Rockefeller e outros representantes do capital internacional, que influenciaram na sua adoção pela OMS em 2005. No caso do Brasil, há um dado grave a ser registrado: o voto brasileiro favorável a tal proposta na 67ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2012. A sua implementação promoveria a segmentação do sistema de saúde, conforme os recursos dos diferentes estratos sociais, de modo que os segmentos ricos teriam acesso a um número maior de serviços e os grupos de média e baixa renda teriam acesso a um número menor ou básico de serviços (CEBES, 2014).

correspondem a políticas que tratam a questão social de forma segmentada, separando as dimensões sociais e econômicas da vida em sociedade. Fragmentadas e contingenciadas aos propósitos neoliberais, essas políticas apresentam programas que, ainda que vinculados a um sistema com princípios universais, tendem a restringir a universalidade a um plano mínimo de serviços, reforçando a seletividade no acesso aos níveis mais complexos e reproduzindo as desigualdades sociais existentes.

Como um indicador do pensamento hegemônico acerca das políticas de saúde nos anos 1990 e início dos anos 2000, destacamos um trecho do discurso de posse de José Serra no Ministério da Saúde, em março de 1998:

É correta a orientação constitucional que consagra a universalidade do atendimento à saúde. Atendimento a toda a população e atendimento que deve ser integral, unindo a atenção preventiva e a curativa. É preciso garantir que todas as pessoas que não disponham de informação e de dinheiro tenham acesso a esse direito. Não podemos entrar no século XXI sem cumpri-lo de forma decente. (BRASIL, 1998d, p. 30)

Note-se que, no início de seu discurso, Serra usou os termos “orientação constitucional” e “universalidade do atendimento à saúde”, em vez de princípio constitucional e direito universal à saúde, conforme entendemos ser o compromisso firmado pelos defensores do SUS no texto da Constituição brasileira. Em seguida, o então Ministro da Saúde referiu-se ao direito de acesso a esse atendimento, limitando-o a todas as “pessoas que não disponham de informação e de dinheiro”, o que denota a perspectiva seletiva da garantia com a qual o governo federal se comprometia, à época.

A priorização da pobreza ou das situações de maior risco social se traduziram, inicialmente, no direcionamento da implantação desses programas de saúde para um determinado segmento da população. Ainda que se reconheça que a sua concepção foi ampliada, assumindo a perspectiva da universalização e da transformação do modelo de atenção à saúde, extrapolar a cobertura de segmentos subalternos das classes sociais ainda representa um desafio bastante grande, com obstáculos representados principalmente pelos interesses privados que atuam no campo da saúde e que, hoje, se materializam, por exemplo, nas propostas de planos ‘populares’ (simplificados) de saúde.

Tanto no campo das políticas de saúde de um modo geral, como da atenção básica em particular, o ideário contrarreformista não se desenvolveu sem antagonismos e a conformação da Estratégia Saúde da Família, em quase três décadas de existência, corresponde ao resultado da correlação de forças que se enfrentam desde então. Estas poderiam ser representadas num mosaico intrincado de relações que se combinam, recombina, se excluem e se sobrepõem dinamicamente, sob a forma de ideias e projetos, como por exemplo: a perspectiva

seletiva/mínima e a perspectiva da atenção integral à saúde; a cobertura universal e o direito universal à saúde; a focalização como meio e fim da política de atenção e a focalização como meio estratégico e provisório de se incorporar segmentos excluídos do cuidado à saúde, visando um horizonte de um sistema efetivamente único e universal, sem segmentações ou desigualdades resultantes das relações econômicas e sociais vigentes.

Esses pares de opostos, pensados em seu movimento histórico, podem ser interpretados na tríade dialética - conservação, transformação e superação - que se materializa dinâmica e contraditoriamente nas políticas e normatizações, resultantes das correlações entre as forças sociais que disputam a configuração do sistema de saúde brasileiro. Estas se desdobram na organização dos serviços, do processo de trabalho e das condições em que este se realiza no campo da saúde. Em meio às tensões e contradições que configuram a complexidade desse processo, o trabalho dos ACS desenvolveu-se e capilarizou-se na Atenção Básica, no SUS, alcançando, em maio de 2018, 263.306 trabalhadores que estão presentes em 97% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2018d).

2.4 Os caminhos do desenvolvimento do trabalho dos ACS no SUS e da construção da precariedade como sua condição

2.4.1 Trabalhadores recrutados na comunidade: a história do trabalho comunitário em saúde no Brasil antes dos ACS

Apesar de inseridos na política nacional de saúde no início da década de 1990, os agentes comunitários de saúde guardam relação com ocupações e funções que remetem, desde a primeira metade do século 20, a programas de extensão de cobertura que recrutaram trabalhadores leigos na área da saúde. Os trabalhadores recrutados eram, em sua maioria, mulheres, moradoras das comunidades-alvo dos programas, convocadas à realização de ações em saúde, em geral, após um breve treinamento. Entre as atividades realizadas, destacam-se as práticas educativas e o uso da visita domiciliar como estratégia de trabalho.

Podemos incluir nesse conjunto de trabalhadores, ainda que em contextos distintos e com características variadas, as visitadoras sanitárias dos Centros de Saúde e as visitadoras do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)⁴³, mais tarde transformado em Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP); os auxiliares de saúde participantes do

⁴³ As visitadoras sanitárias dos Centros de Saúde não eram recrutadas nas comunidades, mas eram jovens mulheres egressas do antigo curso normal que eram treinadas para o trabalho em saúde.

Projeto Montes Claros (1976) que se desenvolveu em Minas Gerais e é considerado precursor do Movimento da Reforma Sanitária; o pessoal de nível auxiliar que atuou no Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde (PIASS) que se desenvolveu inicialmente no Nordeste (1976-1979) e, a partir de 1980, ganhou dimensão nacional (PIASS nacional). Entre as experiências do PIASS nacional, destaca-se o Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural, Vale do Ribeira (Projeto Devale) que abrangeu as regiões de Sorocaba e Vale do Ribeira, no estado de São Paulo, trabalhando com agentes de saúde selecionados nas comunidades. (SILVA; DALMASO, 2000; MOROSINI, 2010; FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013)

No final dos anos 1980, foi criado o Programa de Agentes de Saúde do Ceará que se tornou pioneiro no emprego de agentes de saúde em grande escala, com o objetivo de proporcionar condições para que a comunidade cuidasse da própria saúde. A esse objetivo combinou-se a intenção de promover o emprego de mulheres das áreas mais pobres do estado, visando a sua ‘promoção social’. O início desse programa esteve associado a um período de seca intensa no Ceará, quando o governo estadual mobilizou parte dos recursos federais de emergência para remunerar essas trabalhadoras. As agentes do Ceará, desenvolvendo atividades consideradas de baixa complexidade, como terapia de reidratação oral, estímulo à vacinação e ao aleitamento materno, e o acompanhamento de gestantes, entre outras ações, conseguiram um alto impacto em índices importantes de qualidade de vida: a redução da morbidade e da mortalidade materna e infantil (menores de um ano). (SILVA; DALMASO, 2000)

Os principais traços comuns entre essas experiências e entre esses trabalhadores consistem no recrutamento e na preparação de pessoal externo ao quadro profissional da saúde, na maioria leigos e mulheres, moradores das chamadas comunidades populares, localizadas em áreas rurais ou urbanas pobres, com dificuldade de acesso aos serviços e ações de saúde. Associavam o objetivo de ampliar a cobertura de atenção a grupos específicos, com a ideia de que o trabalhador comunitário poderia ser o ‘elo’ de aproximação entre os serviços de saúde e as pessoas das comunidades abrangidas por esses serviços, sendo um elemento estratégico na realização dos objetivos dos programas e projetos em que se inseriram. (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007). Outro traço comum já destacado consiste na importância atribuída às atividades com caráter educativo e na centralidade da visita domiciliar, como estratégia e local de realização do seu trabalho. (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013)

O quadro a seguir apresenta essas experiências e algumas características do trabalhador comunitário de saúde no Brasil, antes da instituição do PACS e do PSF (Estratégia Saúde da Família).

Quadro 3 – Principais Características das Experiências de Expansão de Cobertura e dos Trabalhadores Comunitários de Saúde Anteriores ao PACS

Programa/ modelo/serviços	Trabalhadores	Formação	Recrutamento na comunidade	Principais atividades/local de trabalho
Centros de Saúde (Anos 1930)	Educadoras ou Visitadoras sanitárias	Egressas do Curso Normal (requisito); Treinamento de um ano e meio, em horário integral, que assegurava o cargo de educadora sanitária	Não	Educação sanitária nos postos de saúde. Visitas domiciliares.
SESP (1942-1960) / Fundação SESP (1960-1990)	Auxiliares conhecidas como visitadoras sanitárias	Requisito: antigo curso primário completo. Treinamento durante seis meses em horário integral, com conteúdo predominantemente prático.	Sim	Recrutadas em uma área, mas atuavam em outra. Trabalhavam na unidade de saúde e na comunidade, realizando visitas domiciliares, atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento e acompanhamento de grupos de risco e vigilância sanitária, com supervisão e orientação do enfermeiro.
Projeto Montes Claros (1976)	Auxiliares de saúde	Requisito: antigo curso primário completo. Treinamentos de 45 dias, em sistema de internato e co-gestão, com forte conotação política, baseado na pedagogia do oprimido de Paulo Freire, buscando relacionar condições de vida	Sim	Visitas domiciliares, educação em saúde, desenvolvimento da participação comunitária nos serviços e atividades nos postos de saúde (aplicação de injeções, vacinação, pequenas suturas etc)

		e saúde. Privilegiou a formação da identidade do trabalhador com a proposta do projeto.		
PIASS Nordeste (1976-1979)	Pessoal auxiliar	Treinamento em serviço	Sim	Trabalho de mobilização comunitária em torno das metas do programa: implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água, de destino de dejetos, e do lixo; hortas, pomares, criação de animais etc
PIASS Nacional – (1979) Projeto Devale (1981)	Agentes de Saúde	Requisito: saber ler e escrever. Treinamento inicial com duração de doze semanas: dez na sede e nas localidades rurais, e duas em estágio nos centros de saúde municipais.	Sim	Atuavam em postos de saúde rurais e na periferia de centros urbanos; atividades comunitárias e de atenção individual
Programa de Agentes de Saúde do Ceará (1987)	Agentes de Saúde	Capacitação inicial de 60 dias; treinamento e supervisão com um profissional de nível superior.	Sim	Visitas domiciliares regulares; educação em saúde; acompanhamento de crianças menores de 02 anos e gestantes; encaminhamento às unidades de saúde; entre outras atividades.

Fontes: SILVA; DALMASO, 2002; FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013; DURÃO; MOROSINI; CARVALHO, 2011 e SOMARRIBA, 1995.

A origem dos ACS está também associada a grupos da Igreja Católica, especialmente suas pastorais que atuavam no campo da saúde e da infância, como também às Comunidades Eclesiais de Base (CEB) cuja concepção e prática religiosas estavam implicadas com a transformação da realidade dos grupos subalternos.

As CEB se incluem entre os movimentos populares que marcaram os tempos de maior capilarização da luta em favor de melhores condições de vida, saúde, educação, moradia e outros temas que compuseram as pautas das lutas pela redemocratização do Brasil. Entre esses, destacam-se os Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária (ENEMEC) que deram origem ao Movimento Popular de Saúde (MOPS) que se pautava pela

compreensão da saúde como um direito e contava com importante participação dos grupos de saúde formados por moradores das comunidades. No MOPS, reuniram-se diversos agentes de saúde, de origem religiosa ou não, engajados na mobilização pela transformação das condições políticas, de vida e de saúde. Nesse contexto, o trabalho dos agentes teve uma forte conotação político-transformadora, tendo participação destacada na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, marco do Movimento da Reforma Sanitária, na qual se definiram os princípios e diretrizes do SUS. (RAMOS T., 2007; DURÃO, MOROSINI e CARVALHO, 2011; QUEIRÓS e LIMA, 2012).

2.4.2 ACS na Estratégia Saúde da Família: metamorfoses do popular ao institucional ou os primeiros movimentos da precarização

Como visto, os ACS ingressaram no SUS em 1991, com a criação do PACS. Esse programa convocou os moradores das comunidades que seriam por ele atendidas a atuarem na atenção à saúde, tendo por base atribuições semelhantes àquelas instituídas no programa desenvolvido no Ceará. Repercutia-se, em âmbito nacional, a ideia de que, por meio do seu trabalho, seria possível a aproximação dos serviços de saúde em relação às comunidades e seus moradores.

A partir da instituição das equipes de PSF, os ACS passaram a integrar um processo de trabalho mais complexo na medida em que este articula saberes e ações provenientes de diferentes grupos profissionais. A orientação e o manejo do trabalho, em termos de planejamento e de rotinas, passa a estar referido à díade equipe-território.

No quadro 4, apresentamos marcos normativos e políticos relacionados ao processo de instituição e desenvolvimento do trabalho dos ACS no SUS, desde os anos 1990. É possível observar que particularmente a partir dos anos 2000, há uma intensa produção de normas e indicativos para o trabalho dos ACS. Entendemos que é possível observar diferentes movimentos quanto a esse trabalho, relativos às concepções que orientam a expansão da APS e o enfoque predominante em relação à sua configuração e à configuração do SUS, nos diversos contextos. Tratamos mais detidamente desse processo e suas particularidades nos capítulos 3 e 7.

Governos	Ano	Fato, documento normativo ou legislação
Collor de Melo	1991/1992	Lançamento do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), redenominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
Itamar Franco	1994	Lançamento do Programa Saúde da Família (PSF)
	1994	Criação da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) a partir da Associação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
Fernando Henrique Cardoso	1997	Portaria no. 1886 do Gabinete do MS – aprova as normas e diretrizes do PACS e do PSF e define atribuições dos ACS (BRASIL, 1997a).
	1999	Decreto no. 3189/1999 – fixa as diretrizes para o exercício da atividade de ACS e dá outras providências (BRASIL, 1999a)
	2002	Documento do MS: Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde: um pacto tripartite. Orienta sobre as formas de contratação, apresentando a modalidade via OSCIP (Lei 9790/99 – lei do terceiro setor) com direitos segundo a CLT. (BRASIL, 2002b; BRASIL, 1999b)
	2002	Lei no. 10507 de 10 de julho de 2002 – institui a profissão de ACS e estabeleceu a obrigatoriedade de realização de um curso de qualificação básica para este profissional (BRASIL, 2002a).
Lula da Silva	2003	Realização do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização do Trabalho no SUS – ACS é um dos trabalhadores enfocados. (BRASIL, 2003b)
	2003	Instaurado Procedimento Investigatório n. 160/2003 pelo Ministério Público do Trabalho, para apurar as formas de contratação dos ACS, devido às denúncias de vínculos precários (BRASIL, 2003c).
	2003	Portaria no. 2430/GM/MS - cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (BRASIL, 2003d).
	2004	Publicação do Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde – MS/MEC (BRASIL, 2004b)
	2006	Documento do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Desprecariza SUS: perguntas & respostas - Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (BRASIL, 2006d)
	2006	Emenda Constitucional 51/06 – cria o processo seletivo público para os ACS e agentes de endemias (BRASIL, 2006a)
	2006	Medida Provisória 297 (BRASIL, 2006e) – revoga a lei 10507
	2006	Lei no. 11350 de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006b) – substituiu a Lei 10507 - estabelece o vínculo direto com estados e municípios via CLT e a formação: inicial e continuada ⁴⁴ , mantendo o previsto na Lei 10507.
	2006	PL 270/06 – propõe o piso salarial dos ACS e ACE (BRASIL, 2006f)
Dilma Rouseff	2014	Lei 12994/2014 – estabelece o Piso Salarial (R\$ 1014,00) e as diretrizes para o Plano de Carreira dos ACS e ACE (BRASIL, 2014a)
	2015	Decreto 8474 – regulamenta o Piso Salarial dos ACS e ACE (BRASIL, 2015a)
	2015	Nota Técnica N. 09 de 2015 da Secretaria de Políticas da Previdência Social/MPS sobre o regime jurídico de trabalho e o regime previdenciário dos ACS e ACE (BRASIL, 2015b)

⁴⁴ O Decreto 5154 de 2004 (BRASIL, 2004c), que revogou o Decreto 2208 de 1997 (BRASIL, 1997c), instituiu nova classificação para os cursos e programas da educação profissional. A qualificação básica, que correspondia a um nível de ensino no Decreto 2208 de 1997, passou a ser compreendida como formação inicial e continuada.

	2015	Publicação pela SGTES/MS do Plano de Regularização, Qualificação do Trabalho, Educação e Valorização dos Agentes de Saúde (ACS/ACE) (BRASIL, 2015c)
	2015	Portaria no. 243/MS – dispõe sobre o Curso Introdutório para ACS e ACE e seu conteúdo (BRASIL, 2015d)
	2015	Protocolo no. 009/2015 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – institui as diretrizes da Agenda Nacional do Trabalho Decente para os Trabalhadores do SUS (BRASIL, 2015 e)
	2016	Portaria 958/2016/MS - altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/2011 - suprime o ACS da equipe mínima da ESF, cuja presença passa a ser facultativa e intercambiável com o técnico de enfermagem. (BRASIL, 2016a)
Governo Temer	2016	Revogação em 09 de junho de 2016 da Portaria 958 de maio de 2016.
	2016	Projeto de Lei - PL 6437/2016 (BRASIL, 2016b) – Altera a Lei 11350 (BRASIL, 2006b), no que diz respeito as atribuições, a formação e aos direitos dos ACS e ACE.
	2017	Portaria MS/GM Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (PNAB 2017) - aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 2017a)
	2018	Lei 13595/2018 (BRASIL, 2018b) - Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. (Deriva do PL 6437/2016, com vetos presidenciais)
	2018	Portaria 83/2018 (BRASIL, 2018c) – Institui o Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde (Profags).

Fonte: Elaboração da autora

Historicamente, o trabalho do ACS se caracterizou por atividades de educação, acompanhamento, prevenção e promoção da saúde desenvolvidas nos territórios abrangidos pela ESF. Cada ACS é responsável pelo acompanhamento dos moradores de uma microárea, parte da área de abrangência da equipe de saúde da família a que este trabalhador pertence. Esta equipe integra a unidade de saúde da família responsável por desenvolver ações de Atenção Básica num território definido (adscrito).

O número de equipes de saúde da família de uma unidade, na vigência das PNAB 2006 (BRASIL 2006c) e 2011 (BRASIL, 2012), era definido em função do número de pessoas cadastradas no território que, por sua vez, está relacionado também com o número de ACS por equipe. Segundo os parâmetros da PNAB 2011, vigente até o final de agosto de 2017, o número de ACS deveria ser suficiente para que 100% da população cadastrada fosse coberta, definindo uma relação de, no máximo, 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Cada equipe deveria ser responsável por até 4.000 pessoas, porém a média recomendada era de 3.000 pessoas/equipe.

A PNAB 2011 indicava ainda que tais definições deveriam se orientar pela perspectiva da equidade e que deveria ser considerado o grau de vulnerabilidade das famílias que compõem o território, de modo que um maior grau de vulnerabilidade determinasse um menor número de pessoas atendidas por equipe.

Entre as atividades desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde, destaca-se a visita domiciliar (VD) que compreende a visita periódica aos domicílios das famílias moradoras na microárea sob sua responsabilidade. A VD é o momento principal no qual o ACS fornece orientações de diversos tipos, relacionadas à prevenção, à promoção e ao cuidado da saúde, e informações sobre a dinâmica de funcionamento das unidades. É também o local de observação, interação, escuta e acolhimento das demandas dos moradores pelos agentes. As VD são realizadas diariamente pelos ACS; podem ser rotineiras ou fazer parte de um esforço de busca ativa, quando a unidade de saúde precisa, por exemplo, encontrar um usuário que evadiu de um programa de acompanhamento contínuo.

O cadastramento das famílias ou dos moradores dos domicílios de sua microárea de referência costuma ser a primeira atividade desenvolvida pelo ACS no processo de implantação da ESF no território. O ACS é, portanto, o primeiro e mais frequente contato entre as pessoas e o serviço de saúde. No cadastramento, também feito por meio das VD, coletam-se informações demográficas, econômicas, sociais e sanitárias sobre os moradores do território que deveriam subsidiar os serviços para a organização de suas atividades. Em geral, essas informações contribuem para a caracterização das condições de risco que se somam às prioridades definidas pelos programas de saúde e outras políticas sociais. Esse cadastro é necessário para a abertura do prontuário para o atendimento das pessoas na unidade de saúde e de acesso ao Cartão SUS, devendo ser mantido atualizado pelo ACS para captar, por exemplo, os movimentos de saída e chegada de moradores (mudanças de endereço).

As VD são o principal meio pelo qual o agente tem a oportunidade de identificar as necessidades de saúde e de encaminhamento dos usuários para os serviços de saúde, antes que a unidade de saúde seja capaz de fazê-lo. É principalmente nesses encontros com os moradores em suas casas que os ACS percebem sofrimentos e problemas, por vezes não compartilhados com outras pessoas ou profissionais e que permaneceriam invisíveis aos serviços, não fosse a presença do agente no território. Muitas vezes, é esse trabalhador quem percebe a necessidade e requisita a VD de outro profissional da equipe e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁴⁵.

⁴⁵O NASF corresponde a uma equipe multiprofissional que deve apoiar o trabalho dos profissionais que integram as equipes de Saúde da Família e as Equipes de Atenção Básica para populações específicas, atuando de modo

No plano ideal, os ACS deveriam visitar mensalmente todas as famílias sob sua responsabilidade. Essa ideia está presente com frequência no discurso dos ACS, como um desejo não atingido. Entretanto, em geral, as VD seguem as prioridades indicadas pelas unidades de saúde. As pessoas priorizadas pertencem a grupos de risco ou encontram-se em momentos do ciclo de vida que requerem atenção mais frequente, como as gestantes, os recém-natos, as crianças menores de um ano, os idosos, os hipertensos, os diabéticos e os pacientes com tuberculose. Essas prioridades podem sofrer variações, em função de especificidades ou acontecimentos locais ou sazonais. Um exemplo são as arboviroses. Além das VD diretamente sob sua responsabilidade, os ACS acompanham as visitas de todos os profissionais das equipes de Saúde da Família.

As informações obtidas nas VD são registradas em fichas e, posteriormente, digitadas em computadores. Essas informações devem também ser compartilhadas em reuniões de equipe, nas quais está prevista a participação do ACS, tanto no planejamento das ações, quanto nas decisões sobre os encaminhamentos dos problemas identificados e dos casos em acompanhamento. Atualmente, existe a intenção, que chegou a ser manifesta pelo ex-Ministro da Saúde, Ricardo Barros, de que os ACS recebam *tablets* nos quais possam digitar imediatamente as informações obtidas nas VD. Esse instrumento agilizaria o trabalho de registro e facilitaria o controle do trabalho do ACS pelos gestores. É um exemplo do caráter das propostas que têm sido veiculadas e implementadas segundo a perspectiva da Nova Gestão Pública, especificamente do gerencialismo, que capilarizou o ‘espírito’ do Toyotismo nas políticas públicas, alcançando também a ESF.

Ainda que o território deva ser o *locus* principal de atuação do ACS, ele também desempenha funções na unidade de saúde. As atividades realizadas nesse espaço são, principalmente a separação dos prontuários/fichas dos usuários que serão atendidos no dia, o apoio a atividades coletivas, como consultas de hipertensos e as mais variadas atividades de grupo, como a educação física. Em geral, os ACS vão à unidade diariamente, no início do dia e é comum terem que voltar ao final da tarde. Eles vão à unidade também para participar das

articulado a elas. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o NASF foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, visando a integralidade do cuidado em saúde e contribuindo para o aumento da resolubilidade neste nível de atenção. As equipes do NASF podem ser compostas por: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e sanitarista (profissional graduado em saúde pública ou saúde coletiva e profissional graduado na área de saúde, com pós-graduação em saúde pública ou coletiva).

reuniões de equipe e com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e para o registro, em computadores, dos dados coletados nas VD.

Outra atividade que tem sido desempenhada pelo ACS é o chamado acolhimento. Atuando em escalas ou rodízios, os ACS recebem os usuários na unidade de saúde, sejam eles de sua microárea, ou não. Isso significa que esse trabalhador é frequentemente o primeiro a receber e escutar as demandas das pessoas também no serviço de saúde. A partir dessa escuta, o ACS identifica as possibilidades de encaminhamento do problema apresentado e orienta o usuário sobre o que será feito, ou não, justificando as impossibilidades de atendimento que acontecem no seu turno. Por esse e outros motivos, o acolhimento tem sido alvo de muitas questões, como as que foram apresentadas pelos trabalhadores entrevistados nesta pesquisa.

O papel reservado ao ACS tem sido anunciado como o de um ‘mediador’ entre, de um lado, os profissionais, o conhecimento técnico-científico portado por eles, suas formas de conduzir e atuar sobre o processo saúde-doença e, de outro, a comunidade, as relações desenvolvidas entre seus moradores, suas condições de vida, de saúde, de educação, a cultura, seus saberes e modos de levar a vida, explicar e compreender os aspectos do adoecimento.

Para exercerem esse papel de ‘mediador social’ e o trabalho descrito aqui, os moradores que se candidatassem ao trabalho de ACS deveriam atender aos seguintes requisitos: saber ler e escrever, ter idade superior a dezoito anos, disponibilidade de trabalho em horário integral e residir na área de atuação. Esses critérios de ingresso foram indicados por documentos oficiais do Ministério da Saúde que apresentavam as características que deveriam orientar a organização e a implementação do PACS e do PSF à época. (BRASIL, 1998e; BRASIL, 2000d; BRASIL, 2000e). Foram indicados também critérios seletivos que remetem a um plano mais subjetivo: a ‘identidade com a comunidade’ e o ‘penhor para a ajuda solidária’. Esses atributos foram caracterizados como qualidades “naturais”, supostamente desenvolvidas pelos moradores das comunidades que partilhavam as mesmas condições de existência. (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p. 7)

Seriam essas qualidades subjetivas, culturais, tomadas como ‘naturais’, que fariam do ACS um trabalhador atípico, potencializando a sua capacidade de atuar junto às comunidades e justificando a sua inserção no campo da saúde. Esses atributos foram sobrevalorizados nos discursos de gestores e profissionais de saúde (também de pesquisadores), em detrimento de requisitos de escolaridade e de necessidades de formação específica.

Contraditoriamente, os mesmos predicados que justificaram o ingresso dos ACS no SUS tornaram-se as chaves que fecharam o acesso dos ACS à profissionalização, contribuindo para o não desenvolvimento de projetos de elevação da sua escolaridade e de

formação profissional. Tais restrições baseavam-se na ideia de que a identidade com a comunidade resulta do fato de os agentes partilharem do mesmo local de moradia e das mesmas condições sociais, econômicas e culturais que os moradores locais. A identidade com a comunidade, supostamente garantida com a moradia no local, acaba reduzida a condições semelhantes no tocante à escolaridade e à formação. Segundo esse pensamento, a capacidade de o agente se solidarizar com os problemas e o sofrimento de seus vizinhos dependia dessa identificação.

A não qualificação profissional do ACS revela, no mínimo, um paradoxo composto, de um lado, pela centralidade atribuída ao trabalho que o ACS desenvolve na Estratégia Saúde da Família e, de outro, a sua não formação profissional na área, assim como a baixa escolaridade que marcou, principalmente, os primeiros anos de sua atuação no SUS. Compreendemos que essa condição se baseia na suposição de que o trabalho a ser realizado pelo ACS requer pouca ou nenhuma preparação e, portanto, corresponde a tarefas e habilidades simples, baseadas em atributos subjetivos e culturais e em saberes tácitos, oriundos da experiência de vida desses trabalhadores (MOROSINI, 2010).

Denota também o contraste em relação aos profissionais de nível superior para os quais foram implementados programas de formação, financiados pelo Ministério da Saúde. Além da chamada capacitação inicial, geralmente denominada 'Introdutório', que muitas vezes era organizada com turmas separadas, maior carga horária e conteúdo mais complexo, tais profissionais, especialmente médicos e enfermeiros, foram contemplados com residências e especializações em saúde da família (MOROSINI, 2010). Mais recentemente, foram-lhes oferecidos cursos de pós-graduação estrito-senso.

A justificativa, mais ou menos explícita para o investimento na formação dos profissionais de nível superior, referia-se à falta de profissionais, especialmente, do médico de saúde pública ou generalista, para a inserção nas equipes da ESF. Tomando-se a existência ou não de trabalhadores com determinada qualificação para o ingresso na ESF como critério para o investimento em formação, supõe-se que: os atributos culturais e subjetivos dos ACS são suficientes para a realização do trabalho que ele realiza e que esse trabalho não requer qualificação específica.

A discrepância entre a centralidade do trabalho desenvolvido pelo ACS e a sua não formação profissional está em relação direta com a adoção de pacotes seletivos de atenção à saúde, com um escopo de práticas simplificadas, instrumentalizadas, para as quais um breve treinamento bastaria. Além disso, conforme discutimos em nossa dissertação de mestrado (MOROSINI, 2010), difundiu-se, no campo da saúde, entre intelectuais e gestores, a ideia de

que, se formado, os ACS perderiam esses atributos, as qualidades que os aproximam das pessoas que atendem. Desse modo, a sua capacidade de mediação se comprometeria, assim como o ‘penhor à ajuda solidária’, atribuído ao seu perfil social.

Essa argumentação foi bastante importante para a limitação da formação dos ACS, assim como a Lei de Responsabilidade Fiscal à qual os gestores se referiam como obstáculo à formação técnica desses trabalhadores. Supunha-se que, se formados técnicos, os ACS requereriam um salário correspondente, mais elevado que o então praticado.

Desse modo, apesar de, em 2004, ter sido publicado o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004b), a sua oferta integral ainda é muito pouco significativa, estando restrita a algumas iniciativas que se desenvolvem sem o apoio do Ministério da Saúde. O financiamento do Ministério da Saúde restringiu-se à primeira etapa formativa prevista no Referencial, o que compatibiliza a gestão da saúde com as exigências da Lei 11350⁴⁶ (BRASIL, 2006b). Com carga horária de 400 horas, essa etapa já representa um avanço em relação ao ‘introdutório’ e faz parte do ‘itinerário formativo’ do Curso Técnico de ACS. Entretanto, a não realização plena da formação técnica mantém a qualificação desses trabalhadores no nível da formação inicial e continuada e obstaculiza a sua efetiva profissionalização.

Durante mais de uma década e meia, as ideias em torno de um agente que devia permanecer mais como um representante da comunidade do que se tornar um trabalhador efetivo da saúde foram empecilhos também para a regularização das formas de contratação. Sabemos que a precarização dos vínculos de trabalho do conjunto dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família tornou-se praticamente uma condição para o avanço da cobertura de saúde na conjuntura neoliberal restritiva às políticas públicas universais. Entretanto, precisamos reconhecer as especificidades em relação a cada grupo profissional (MOROSINI, 2010).

Na composição dessas especificidades, destaca-se a qualificação profissional de cada um, compreendendo a formação, o valor social de seu diploma e do seu trabalho, a sua organização enquanto categoria profissional e o poder político de suas instâncias corporativas e representativas (MOROSINI et al, 2013). As distinções socialmente construídas se expressam nas relações laborais desiguais que se manifestam nas diferenças salariais, de carga horária, no perfil de suas atribuições e nas posições que ocupam na organização hierárquica do processo de trabalho. Tais condições contribuem para que os diferentes grupos

⁴⁶ Como visto, a Lei 11350 sofreu alterações em 2018, por meio da Lei 13595 de janeiro de 2018 (BRASIL 2018b) da qual tratamos no Capítulo 7.

profissionais sejam mais ou menos suscetíveis aos processos de precarização do trabalho e tenham capacidades variadas de organização e resistência. Um exemplo bastante significativo dessa diferenciação entre as profissões que integram a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família foi a flexibilização da carga horária dos médicos, único profissional a quem a Política Nacional de Atenção Básica de 2011 deixou de exigir as 40 horas de trabalho semanais (BRASIL, 2012).

No caso particular dos ACS, lembramos que, ao final dos governos FHC, os dados sobre as formas de vinculação mostravam que somente 27,7% das equipes de saúde da família apresentavam vínculos regulares (4,4% estatutário e 23,3% celetista). O contrato temporário era praticado por 30,2% das equipes, a prestação de serviços por 11,6% e o pagamento por bolsa por 5,5%, entre outras formas irregulares de contratação dos agentes (MOROSINI, 2010).

A exigência de residir na comunidade se perpetuou como um requisito para o ingresso no trabalho de ACS, o que implicou a impossibilidade de realização de concurso público para essa função, uma vez que esse instrumento de seleção não permite a discriminação por local de residência⁴⁷. Tal exigência foi mais uma condição que contribuiu para o processo de precarização da contratação do ACS para o trabalho.

Os mesmos alicerces argumentativos que construíram as barreiras para a formação profissional desses trabalhadores e para a elevação de sua escolaridade dificultaram o seu ingresso no serviço público. Supunha-se que, se melhor escolarizados e formados profissionalmente, os ACS deixariam de representar a comunidade e perderiam a ‘identidade cultural’ com a sua comunidade de origem. Segundo esse raciocínio, a estabilidade do cargo de funcionário público provocaria efeitos semelhantes.

Sobressai o processo de naturalização das condições de desigualdade que constroem o perfil social desses trabalhadores e das pessoas que eles representam. A escolaridade, por exemplo, é um dos indicadores que compõem o diagnóstico sócio-sanitário quando se compreende o processo saúde-doença como socialmente determinado. A baixa escolaridade caracteriza um problema social a ser considerado numa perspectiva ampliada de saúde e numa abordagem intersetorial das políticas públicas. Naturalizar essa condição como um atributo para um trabalhador da saúde é como transformar perversamente um problema social, que deveria ser superado, numa facilidade de trabalho. Perde-se, no horizonte, a perspectiva de projetar a superação das condições que produzem tais desigualdades.

⁴⁷ Essa situação foi objeto da Emenda Constitucional 51 (BRASIL, 2006a) que instituiu a possibilidade do processo seletivo público para os ACS e os agentes de endemias, a partir de 2006.

Cabe lembrar que o PSF se configurou no contexto do Programa Comunidade Solidária que tinha, entre seus objetivos, ampliar a eficiência das políticas sociais (DURÃO; MOROSINI; CARVALHO, 2011) e buscava apoiar iniciativas de geração de emprego e renda. A vinculação do PSF ao Programa Comunidade Solidária está relacionada à seletividade que direciona a configuração do perfil social do trabalhador que a política de saúde pretende empregar como ACS.

A fração da classe trabalhadora que ingressa no trabalho de agente comunitário de saúde é determinada por um conjunto de fatores, dentre os quais se destacam: as poucas exigências formais para a candidatura ao trabalho, conforme as características que problematizamos, o contexto de desemprego elevado na década de 1990 e a remuneração base praticada – de um salário mínimo – que representava uma situação extraordinária para muitos trabalhadores. Completa esse conjunto a ideia de um trabalho razoavelmente estável, ligado ao setor público, e a possibilidade de conciliar as responsabilidades domésticas com as atividades laborais, no caso específico das mulheres que representam a grande maioria dos ACS.

Nogueira, Silva e Ramos (2000) indicaram como um aspecto relevante o potencial impacto que esses postos de trabalho teriam sobre a geração de emprego e renda, principalmente, para jovens e mulheres, representando a primeira chance de ingresso no mercado de trabalho. A adequação do trabalho como ACS com as atribuições domésticas - o cuidado com os filhos e a casa - facilitado pela proximidade do local de trabalho em relação à residência é um aspecto citado, até hoje, como motivação para o ingresso nessa função. No campo da saúde, é comum a associação do gênero feminino às ocupações de cuidado, como as que caracterizam o trabalho de enfermagem, explicada pela presunção de que estas seriam mais próprias ao universo feminino. Reproduz-se, assim, no trabalho em saúde em geral e no trabalho como ACS, em particular, o lugar socialmente hegemônico da mulher como cuidadora (BARBOSA et al, 2012; VIEIRA, CHINELLI e MENEZES, 2014).

Nesse período, o trabalho de ACS abriu oportunidade de ocupação remunerada para uma fração da classe trabalhadora cuja trajetória profissional incluía má remuneração, baixa escolaridade, com pouca ou nenhuma qualificação profissionalização, que alterna períodos de emprego, desemprego e trabalhos de caráter informal e composta principalmente por mulheres. Afirmamos, portanto, que as perspectivas da focalização e da seletividade estão na condução tanto da política de saúde, quanto da política de geração de emprego e renda, definindo, ao mesmo tempo, os contornos do pacote de atenção e dos postos de trabalho a serem oferecidos e as frações da classe trabalhadora a que ambos foram dirigidos.

Ainda sobre o Programa Comunidade Solidária, lembramos que ele se desenvolveu por meio de parcerias com a chamada sociedade civil (em sua versão despolitizada) e favoreceu a difusão de uma certa compreensão de ‘comunidade’ que continha um duplo sentido. Primeiro, ‘comunidade’ delimitava áreas de pobreza extrema às quais estavam voltadas as ações empreendidas pelo Programa; segundo, remetia à ideia de sociedade como um todo, ancorando-se numa certa concepção de solidariedade que convocava todos a se responsabilizarem pelo bem-estar comum, transformando a sociedade num conjunto indistinto.

O que se entendia por público vai se tornando sinônimo de ‘setor público não estatal’ ou ‘terceiro setor’, para o qual não importa o estatuto jurídico das organizações que se ocupam das políticas sociais. Essa conversão da sociedade civil em sociedade de benemerência, apoio mútuo, voluntariado, entre outros, reforça a noção de parceria, fundamental à concepção de Estado que deve se retirar da participação direta em determinados setores, em favor da atuação ‘mais adequada’ das organizações sociais. As parcerias público-privadas se fundamentam nessa ideia, contribuindo para a privatização da oferta de serviços públicos e o reforço à mercantilização da vida. (DURÃO; MOROSINI; CARVALHO, 2011).

O Programa Comunidade Solidária é tributário da crítica liberal ao papel assistencialista do Estado que o tornaria incapaz de promover as condições para que as pessoas superassem a situação de pobreza em que vivem. A ideia difundida por esse programa é que o importante seria criar condições para prover aos pobres a capacidade de resolverem solidariamente os seus problemas, criando alternativas principalmente para a geração de renda. A pobreza, nessa forma de pensar a sociedade, se distancia da sua determinação econômica e social, tornando-se um problema de responsabilidade das pessoas, cuja solução depende de ‘todos’, menos do Estado. O ‘todos’ representado por essa concepção de sociedade civil é abstraído das condições históricas das classes sociais e das relações desiguais e conflitantes que as fundamentam.

Esse é o contexto político e ideológico no qual se configuram o perfil social do ACS, o escopo de suas práticas, as condições e as relações de trabalho e que delineiam os contornos para a sua atuação como ‘elo’ ou ‘mediador’.

2.4.3 Os vínculos dos ACS: ajustes que não superam a precarização social do trabalho

Estudos recentes têm apontado para um processo de desprecarização dos vínculos na Estratégia Saúde da Família, especialmente dos agentes comunitários de saúde. Pesquisa desenvolvida por Girardi et al (2010) mostrou que a proporção de municípios com ESF que praticavam contratos protegidos dos ACS subiu, entre 2001 e 2009, de 31% para 73,6% e a proporção de municípios que praticavam trabalho desprotegido desses trabalhadores diminuiu de 65,8% para 34,0%. Em 2014, entre os municípios com ESF, 98,8% contratavam os ACS diretamente. Entre os municípios que praticavam a contratação direta, 61,8% contratavam os ACS como estatutários, 32,9% como celetistas e 23,4% por meio de contrato temporário, entre outras formas de vínculos. Entre os municípios que praticavam a contratação indireta, 21,4% contratavam os ACS por meio de entidades filantrópicas, 14,3% via OS e 7,1% por intermédio das OSCIP, entre outras formas de contratação (GIRARDI et al, 2014).

Pinto et al (2015) também encontraram mudanças positivas: 55,53% dos ACS são contratados como estatutários e 26,33% como empregados públicos, via CLT; 54,02% ingressaram no trabalho por meio de concurso público e 39,56% via seleção pública. Deve-se registrar, entretanto, que a região Sudeste destoava desse quadro, pois o percentual de estatutário é de 22,54% e de celetista é de 27,23%.

A prevalência do vínculo estatutário entre os ACS mostra-se uma contratendência em relação ao que vem sendo praticado para a regularização dos contratos de trabalho em saúde, na qual predomina, em geral, a adoção de contratos temporários, regidos por legislação especial. Desse modo, os municípios se colocam em acordo com as determinações legais, mas mantêm a situação de instabilidade e insegurança dos contratos dos trabalhadores. Essa prática está associada a um posicionamento político dos gestores municipais da saúde que apontam a flexibilidade como motivo de escolha dos contratos regidos por CLT (33,5% dos gestores), em detrimento do regime estatutário. (GIRARDI et al, 2014)

A importância da flexibilidade contratual para a prática de vínculos desprotegidos ou precários vem se estabelecendo, pelo menos, desde o início da década de 2000. O estudo de Girardi et al (2010) mostra como as principais justificativas para a sua adoção foram se modificando. Em 2001, a flexibilidade para demitir, contratar e remanejar a força de trabalho foi a mais citada pelos gestores (58,2%), seguida pelos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (54%). Em 2006, a flexibilidade manteve-se em primeiro lugar (51,3%) e a dificuldade para a realização de concurso público foi a segunda mais citada (44,3%), passando a Lei de Responsabilidade Fiscal para o terceiro lugar (23,2%). Finalmente, em 2009, as respostas se dispersaram com um empate entre a flexibilidade contratual, a dificuldade para realizar concurso público e, uma vez tendo sido realizado o

concurso, o não preenchimento das vagas (todos com aproximadamente 21%). Nesse mesmo ano, a Lei de Responsabilidade Fiscal foi indicada por apenas 4,4% dos entrevistados, como se esta, para os gestores, já estivesse naturalizada ou perdesse a importância como um argumento coercitivo diante da adesão crescente ao ideário da flexibilização e das dificuldades alegadas para operacionalizar o concurso público.

A partir de 2003, no âmbito do executivo federal, há três marcos políticos e institucionais importantes para o processo de regularização das relações de trabalho na área da saúde: a criação, no Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho e o funcionamento mais efetivo das Mesas de Negociação Permanente do SUS. (GIRARDI et al, 2014).

No início do primeiro governo Lula, a gestão do Ministério da Saúde foi inicialmente composta por pessoas ligadas ao PT, partido líder do governo recém-eleito. Foi durante esta gestão e sob a liderança de Humberto Costa como Ministro que, em 2003, foi realizada uma importante reestruturação das áreas técnicas e políticas e o organograma da instituição foi significativamente modificado. Como já destacado, a SGTES configurou-se como um *locus* próprio para a formulação de políticas referentes ao trabalho e à educação em saúde, no âmbito da estrutura material do Estado brasileiro - o Ministério da Saúde. As questões relativas a esses campos tornaram-se mais visíveis e passaram a ter um espaço específico, reproduzido nas secretarias estaduais e municipais de saúde, nos quais as disputas de interesse em torno das políticas visando o trabalho e a educação dos trabalhadores do SUS passam a se concentrar.

A partir de meados de 2005, o Ministério da Saúde e a SGTES tiveram a sua composição fortemente modificada, quando a pasta passou à liderança do PMDB, o que promoveu um novo direcionamento para o campo trabalho-educação em saúde. Desde então, as várias composições políticas que ocuparam o MS conduzem de modo distinto as políticas promovidas a partir da SGTES, revelando a importância relativa das questões referentes ao trabalho e à educação em saúde, em cada conjuntura.

As Mesas de Negociação Permanente do SUS e o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho correspondem a fóruns de deliberação no campo da gestão do trabalho, com caráter participativo, nos quais se reúnem trabalhadores, gestores e usuários do SUS, com a finalidade de reverter a precarização do trabalho em saúde, com destaque para a terceirização da força de trabalho. (GIRARDI et al, 2014)

O movimento de desprecarização, ou melhor, de regularização das formas de contratação, contou também com a ação relativamente independente dos Tribunais de Conta da União e dos Estados, e dos Ministérios Públicos do Trabalho (GIRARDI et al, 2014). Particularmente no caso dos vínculos dos ACS, identificamos a ação do Ministério Público do Trabalho (MPT), exigindo providências aos gestores da saúde e o movimento organizado dos trabalhadores que atuou fortemente no campo político e legislativo.

As formas de contratação dos ACS pelos municípios e estados foram apuradas por meio do Procedimento Investigatório nº 160/2003 (BRASIL, 2003C) instituído pelo MPT, provavelmente incitado pelos processos judiciais movidos pelos próprios ACS, requerendo seus direitos. O volume alcançado por esses processos chegou a ser destacado no Seminário Nacional sobre Políticas de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS, realizado em agosto de 2003. (BRASIL, 2003b; MOROSINI, 2010).

Uma das estratégias adotadas pelo MPT foi anunciar o impedimento do repasse mensal dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), destinados aos municípios para o pagamento dos salários dos agentes, caso os gestores locais não adotassem medidas para resolver a ilegalidade que caracterizava a situação de trabalho dos ACS. Essa ameaça foi formalizada em dezembro de 2005, quando uma Notificação Recomendatória foi enviada pelo MPT ao FNS (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

O MPT, por intermédio da Procuradoria Regional do Trabalho da 1ª Região, especificamente de sua Coordenadoria da Defesa dos Interesses Individuais Homogêneos, Coletivos e Difusos (CODIN), instaurou um processo diretamente contra o Ministério da Saúde, o que deflagrou uma série de negociações entre o MPT e esse Ministério. Esse processo baseava-se nos vários processos existentes nos diversos estados brasileiros, promovidos pelos ministérios públicos estaduais tendo como objeto a situação dos ACS (MOROSINI, 2010).

Em 2004, o Ministério Público do Trabalho e o Ministério da Saúde chegaram a firmar o Termo de Ajuste de Conduta nº 72/2004, datado de 04 de agosto de 2004, no qual o Ministério da Saúde se comprometeu a apresentar ao MPT proposta para a regularização dos vínculos empregatícios dos ACS, negociada com os demais entes federativos (BRASIL, 2004d).

A posição do MPT era de que os ACS desempenhavam um trabalho de caráter finalístico e essencial para o funcionamento do SUS e, portanto, deveriam ter a condição de servidores públicos. Como consequência, estes teriam que ser selecionados mediante concurso público, à época, única forma de ingresso regular em cargo ou emprego público no

Brasil, excetuando-se as nomeações por meio de gratificação, conforme o inciso II do artigo 37 da Constituição Federal. As preocupações do MPT abrangiam tanto a regularização do vínculo dos ACS quanto a transparência e o caráter público que deveriam marcar o processo de ingresso dos ACS no SUS. (MOROSINI, 2010)

Quanto ao caráter finalístico da atividade desenvolvida pelos ACS no âmbito do SUS, devemos considerar que, nos anos 1990, foi hegemônica a posição de que a condição de servidor público fosse reservada àqueles que desempenhassem funções típicas do Estado, isto é, que se ocupassem de atividades de caráter essencial e finalístico em relação a essas funções. Esse critério foi utilizado também para definir as instituições e serviços públicos que deveriam manter-se sob a gestão direta do Estado. A saúde era entendida como um setor não-exclusivo do Estado, o que justificaria a transferência de responsabilidades para o setor privado e a flexibilização dos vínculos. O ACS, particularmente, era alvo de questionamentos quanto à condição de trabalhador ‘típico’ da saúde por aqueles que o percebiam como um trabalhador ‘comunitário’, ‘não profissional’, mais próximo da concepção do chamado trabalho voluntário.

A partir de 2003, nos governos liderados pelo Partido dos Trabalhadores, as posições favoráveis à contrarreforma do Estado ainda se fazem presentes na composição das forças políticas que integram o próprio governo. Essas posições são antagonizadas por parte dos trabalhadores, ainda que suas organizações estejam enfraquecidas pelos efeitos da flexibilização dos vínculos e multiplicação das condições de trabalho de seus representados, assim como pelas relações de dependência que se estabelecem entre algumas dessas organizações e o governo. (MATTOS, 2016)

Os ACS mantiveram-se organizados em defesa de seus direitos e lograram a aprovação da Lei 11.350 de 2006, na qual se lê que os agentes devem ser contratados “mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional” (BRASIL, 2006b). Essa exigência impulsionou processos de regularização dos vínculos dos ACS na maioria dos municípios que, para cumprirem o estabelecido pela referida Lei, instituíram processos de verificação e validação dos processos seletivos, comprovadamente públicos, realizados antes da publicação dessa Lei. A maioria dos municípios também passou a promover a seleção pública e a contratação direta, via RJU ou CLT, desse momento em diante.

Entretanto, o caráter determinante da Lei 11.350 não foi observado pela totalidade dos municípios. Rio de Janeiro e São Paulo, capitais brasileiras com reconhecida importância política, econômica e cultural, mantêm vínculos terceirizados com os ACS, assim como Belo

Horizonte e Porto Alegre. No município do Rio de Janeiro, por exemplo, os vínculos são mediados por organizações sociais e a efetivação tem sido a mais importante reivindicação dos trabalhadores ACS nesse município. Mais recentemente, a instabilidade desse tipo de vínculo foi comprovada pelo processo de demissões desencadeado pela revisão da PNAB, ocorrida em meados de 2017.

Outra importante vitória do movimento organizado dos ACS foi a aprovação do Piso Salarial Nacional, com a Lei Nº 12.994, de 17 de junho de 2014 (BRASIL 2014a), que normatizou o valor contratual mínimo em R\$ 1.014,00 (mil e quatorze reais) mensais. Essa Lei estabeleceu ainda que a jornada de trabalho dos ACS e dos ACE é de 40 horas semanais e que os planos de carreira devem seguir diretrizes nacionais.

Por meio da referida Lei, o Ministério da Saúde ficou obrigado a cobrir 95% do pagamento desse piso salarial, até o número máximo de agentes definido para cada município, pela pactuação entre os gestores do SUS (federal, estaduais e municipais). Desde então, o governo federal, que já repassava recursos para os estados e municípios para custear a atenção básica, incluindo os salários das equipes, deveria destinar recursos exclusivos para o pagamento do piso salarial e encargos dos agentes, através da Assistência Financeira Complementar (AFC).

Entretanto, até o momento de finalização desta pesquisa, o Piso Salarial não é percebido por todos os ACS não tendo sido implementado em todos os municípios. O movimento organizado dos ACS seguiu mobilizado pelo seu reajuste que tramitou no Congresso Nacional, por meio da Medida Provisória 827 de 2018 (BRASIL, 2018e), sendo aprovado em 11 de julho de 2018, de modo escalonado. Caso seja sancionado pela Presidência da República, em 2019, o piso será reajustado para R\$1.250,00 (mil, duzentos e cinquenta reais), em 2020, para R\$1.400,00 (mil e quatrocentos reais) e, em 2021, para R\$1.500,00 (mil e quinhentos reais).

Considerando os dados apresentados, podemos afirmar que houve um processo de desprecarização das relações contratuais dos ACS na Estratégia Saúde da Família, principalmente a partir da segunda metade da década de 2000. Entretanto, reconhecemos que o processo de precarização do trabalho se produz por meio de outros dispositivos e abrange outras dimensões, conforme a hipótese que orientou a construção desta tese de doutorado.

Passamos a analisar as condições que contribuem para a precarização do trabalho dos ACS, abordando, inicialmente, as mudanças operadas a partir dos documentos que normatizaram o trabalho dos agentes na ESF.

3 RECONFIGURAÇÕES DO TRABALHO A PARTIR DA NORMA: PORTARIAS, DECRETOS E LEIS

A flexibilização das relações de trabalho tem exigido um amplo processo de revisão da legislação trabalhista e social nos países capitalistas. No Brasil, a esfera jurídico-legislativa tem se tornado um campo crescentemente importante para a precarização das relações de trabalho. Entretanto, podemos dizer que, nesse plano específico, os ACS têm percorrido um caminho, até certo ponto, inverso ao trilhado recentemente pelos trabalhadores de um modo geral. O seu ingresso no SUS, no início da década de 1990, fez-se mediante formas variadas de vinculação precária ao trabalho (pagamento por bolsa, contratos temporários, terceirização com intermediação de ONG, de cooperativas, OS e OSCIP, entre outros) que têm sido progressivamente revertidas por meio da luta organizada da categoria, com resultados mais efetivos a partir da segunda metade dos anos 2000.

A regulamentação profissional dos agentes comunitários de saúde encontra-se em processo continuamente instituinte que compreende, tanto medidas judiciais, quanto projetos legislativos, com forte participação de suas entidades representativas, especialmente da CONACS e da FENASCE e seus respectivos sindicatos associados (MOROSINI, 2010; NOGUEIRA, 2017). No que tange à produção de políticas para a Atenção Básica, a atuação da categoria tem sido menos expressiva. Uma explicação plausível seriam as dificuldades para a representação popular nos fóruns políticos participativos integrantes do SUS e a não promoção de fóruns específicos para a discussão e formulação das políticas de AB, que prevejam a participação de trabalhadores e usuários.

Como anunciado nas considerações metodológicas, para entender o processo de reconfiguração do trabalho dos ACS, tomamos, como um primeiro plano de análise, as iniciativas de definição das atribuições desses trabalhadores, presentes nos documentos políticos/normativos. Nossa análise abrange dois grupos distintos de produção normativa: os documentos publicados entre 1997 e 2011 que compõem o arcabouço normativo do trabalho dos ACS; e os documentos produzidos no contexto mais atual, a partir de meados de 2016, tendo como referência o contexto do golpe político-legislativo-jurídico realizado naquele ano e seus desdobramentos em relação ao processo democrático e às políticas sociais, especificamente, para a saúde pública e a Atenção Básica.

No primeiro grupo de documentos, analisamos: a Portaria n.º 1886/GM de 1997 (BRASIL, 1997a); o Decreto n.º 3189 de 1999 (BRASIL, 1999a); a Lei n.º 10507 de 2002 (BRASIL, 2002a); a Lei n.º 11350 de 2006 (BRASIL, 2006b); a Portaria n.º 648/GM de 2006

(BRASIL, 2006c); e a Portaria nº 2.488 de 2011 (BRASIL, 2012), respectivamente PNAB 2006 e PNAB 2011.

No segundo grupo de documentos, analisamos: a nova PNAB publicada em setembro de 2017, por meio da Portaria nº 2.436, o PL 6437/2016 (BRASIL, 2016b), de iniciativa da CONACS, que modifica a Lei nº 11350 sobre as atribuições e a formação dos ACS; a Lei nº 13595 de 2018 (BRASIL, 2018b), derivada do referido PL, considerando os vetos presidenciais; a Portaria nº 83/2018 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018c) que trata da formação técnica em enfermagem dos agentes de saúde. A Portaria nº 958 de maio de 2016 (BRASIL, 2016a) que retirava os ACS da composição mínima das equipes de saúde da família e o Documento Síntese do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica de outubro de 2016 (BRASIL, 2016c) foram considerados também, tendo em vista o fato de que as ideias que representaram têm seguimento nos documentos analisados.

Neste capítulo, nos deteremos na análise do primeiro grupo de documentos.

3.1 Construção do arcabouço normativo do trabalho dos ACS: 1997 a 2011

A Portaria n.º1886/GM de 1997; o Decreto nº 3189 de 1999; a Lei nº 10507 de 2002; a Lei nº 11350 de 2006; a Portaria nº 648/GM de 2006 (PNAB 2006); e a Portaria nº 2.488 de 2011 (PNAB 2011) representam o processo de normatização do trabalho dos agentes comunitários de saúde, inicialmente formulado a partir do Ministério da Saúde e, posteriormente, derivado também das reivindicações e lutas dos agentes que lhe deram o sentido mais explícito de regulamentação do trabalho.

Sobre esse primeiro naipe de documentos, podemos dizer que eles expressam a ideia do ACS como um trabalhador da Atenção Básica, especificamente da Estratégia Saúde da Família, cujo trabalho contribui diretamente para a sua estruturação. A relação entre a configuração da ESF e o trabalho do ACS é de tal modo intrínseco que as disputas sobre o sentido e o conteúdo do trabalho dos agentes têm fortes pontos de contato com as disputas em torno da configuração dessa estratégia e, por extensão, da Atenção Básica em geral, no SUS.

O quadro a seguir apresenta uma síntese das principais informações sobre este conjunto de documentos, contendo suas finalidades, em que governo foram publicados e a partir de que órgão.

Quadro 5 – Os documentos normativos analisados e suas finalidades, especificando os governos e órgãos de origem (1997 a 2011)

Governo Federal	Documento	Órgão de origem	Finalidade
Governos Fernando Henrique Cardoso	Portaria 1886/GM de 1997	Ministério da Saúde	Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família
	Decreto 3189 de 1999	Presidência da República	Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências.
	Lei 10507 de 2002	Legislativo Federal	Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.
Governos Luís Inácio Lula da Silva	Lei 11350 de 2006	Legislativo Federal	Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.
	Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 – PNAB 2006	Ministério da Saúde	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Governo Dilma Rousseff	Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 – PNAB 2011	Ministério da Saúde	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Fonte: Elaboração da autora.

Apresentamos e discutimos os documentos normativos, seguindo a ordem cronológica de sua publicação. Nossas referências iniciais foram a Portaria nº 1886 de 1997 e o Decreto nº 3189 de 1999 que contribuíram para oficializar e fortalecer algumas ideias em torno do trabalho dos ACS que permaneceram fortes ao longo de sua trajetória no SUS. Essas ideias, já presentes em documentos oficiais anteriores de apresentação do PACS e do PSF pelo MS, representam o ACS como um trabalhador de origem comunitária, convocado a atuar principalmente em atividades de educação e promoção da saúde e cujos atributos subjetivos e culturais são destacadamente valorizados. Tomamos tais ideias como os parâmetros de partida para a comparação e a identificação das mudanças que as atribuições desses trabalhadores

vêm sofrendo no plano normativo e suas relações com a práticas dos ACS, analisada por meio dos dados obtidos no trabalho de campo.

O primeiro documento normativo sobre o trabalho dos ACS foi publicado seis anos após a criação do PACS e três anos após a criação do PSF. Trata-se da Portaria nº 1886 do MS (BRASIL, 1997a) que apresenta um rol extenso de atividades como suas “atribuições básicas” a serem desenvolvidas nas áreas abrangidas pelo Programa:

1. realização do cadastramento das famílias;
2. participação na realização do diagnóstico demográfico e na definição do perfil sócio econômico da comunidade, na identificação de traços culturais e religiosos das famílias e da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da sua área de abrangência;
3. realização do acompanhamento das micro-áreas de risco;
4. realização da programação das visitas domiciliares, elevando a sua frequência nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial;
5. atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias;
6. execução da vigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco;
7. acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos;
8. promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência ou criando alternativas de facilitação de acesso;
9. promoção do aleitamento materno exclusivo;
10. monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral;
11. monitoramento das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência;
12. monitoramento das dermatoses e parasitoses em crianças;
13. orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas;
14. identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência;
15. realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de: desenvolvimento da gestação;
16. seguimento do pré-natal; sinais e sintomas de risco na gestação; nutrição;
17. incentivo e preparo para o aleitamento materno; preparo para o parto;
18. atenção e cuidados ao recém-nascido; cuidados no puerpério;
19. monitoramento dos recém-nascidos e das puérperas;
20. realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, encaminhando das mulheres em idade fértil para realização dos exames periódicos nas unidades de saúde da referência;
21. realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar;
22. realização de ações educativas referentes ao climatério;
23. realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;
24. realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil.
25. busca ativa das doenças infecto-contagiosas;
26. apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória;
27. supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;
28. realização de atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso;
28. identificação dos portadores de deficiência psico-física com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio;

29. incentivo à comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência psico-física;
20. orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas;
31. realização de ações educativas para preservação do meio ambiente;
32. realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos **direitos humanos**;
33. **estimulação da participação comunitária** para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade;
34. **outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.** (Grifos nossos)

A enumeração detalhada parece atender à necessidade de parâmetros bem específicos sobre o que cabe ao agente realizar no exercício de suas funções. Poderíamos sintetizá-las em conjuntos de ações de: orientação; acompanhamento e monitoramento de grupos específicos; educação em saúde; identificação de sinais de riscos; **encaminhamento e criação de alternativas de facilitação do acesso a serviços de saúde**; cadastramento das famílias e sua atualização; participação no diagnóstico socio-sanitário; supervisão de pessoas em tratamento; **realização e programação** das visitas domiciliares; promoção de imunização e do aleitamento materno exclusivo; apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória, entre outras.

Destacamos especialmente a referência à abordagem dos **direitos humanos** e a inclusão da “**estimulação da participação comunitária**” como uma das atividades dos ACS, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida, o que remete, ainda que de modo limitado, à possibilidade de ação política dos agentes e das pessoas dos territórios adscritos. Evidencia-se também a predominância de ações de prevenção, acompanhamento e promoção da saúde, com o ACS contribuindo em atividades complexas, com destaque para a produção do diagnóstico socio-sanitário, estruturante do processo de planejamento e organização do trabalho no território. Prevê-se, como sua atribuição, a **programação** e, não somente, a **realização** de visitas domiciliares, projetando um trabalho dotado de certa autonomia.

Destacamos a referência ao “encaminhamento e criação de alternativas de facilitação do acesso a serviços de saúde” que representa uma diretriz fundamental para o trabalho dos ACS, valorizada até hoje, pelo menos pelo trabalhador, e que corresponde às principais expectativas dos usuários em relação ao seu trabalho. Desde o início, o ACS está implicado com a extensão de cobertura⁴⁸ e a ampliação de direitos, representando o Estado junto às chamadas comunidades.

⁴⁸O termo cobertura, de uso corrente na saúde pública, tem estado associado, desde as contrarreformas neoliberais no setor, a uma oposição formada por duas ideias: sistemas universais de saúde X cobertura universal de saúde. A primeira corresponde à compreensão da saúde como um direito universal que requer ao Estado a garantia do acesso igualitário aos cuidados de saúde, mediante a organização de um sistema público e

Ao representar o Estado, o ACS personifica também as contradições que o constituem e que suas políticas expressam. Como garantir acesso e ampliar direitos, por meio de uma política de princípios universais, promovida por um Estado de aparente neutralidade e universalidade, porém restrito, parcial e conflitado?

As políticas produzidas, seu conteúdo, sua abrangência, seus limites e objetivos são resultantes da correlação entre as forças políticas que disputam a sua orientação numa sociedade de classes. As contradições que se produzem a partir dessa condição são a base das tensões que atingem os trabalhadores do setor público nas áreas relativas aos direitos sociais. Especificamente no caso dos ACS, essas contradições estão diretamente ligadas às situações que justificam a instituição do seu trabalho, primeiro como um programa e, depois, como uma política pública, na década de 1990. Entre elas, destacamos: os vazios assistenciais, a não-cobertura de frações da classe trabalhadora por um sistema de saúde que se pretende universal, o afastamento dos serviços e dos profissionais de saúde em relação às pessoas dos territórios demarcados pelas desigualdades sociais.

Cabe notar ainda que a Portaria nº 1886 estabelece que o ACS pode também ter como atribuição **outras** ações e atividades a serem definidas **de acordo com prioridades locais**, abrindo o leque de possibilidades de atuação desses trabalhadores em função do que for definido como prioridade nos diversos contextos. Começa, assim, a sina do ACS como um trabalhador polivalente, continuamente convocado para responder às mais diversas demandas dos serviços de saúde.

Entretanto, essa portaria produz também um efeito delimitador do trabalho dos ACS, ao vedar o desenvolvimento de “atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência”. Atribuímos a presença desse veto no primeiro documento normatizador do trabalho dos agentes à tensão produzida na corporação de enfermagem pela instituição do trabalho do ACS no SUS. Particularmente importante nesse momento inicial, relativamente aliviada pela composição das equipes do PSF, com a participação obrigatória da enfermagem e o papel de supervisão e coordenação desempenhado pelos enfermeiros, essa

integrado. A segunda ideia, a chamada cobertura universal de saúde, não necessariamente implica a responsabilização do Estado pela efetivação da prestação do cuidado, nem pelo acesso das pessoas às ações e serviços de saúde. A ideia de cobertura implica somente que os serviços e as ações existam, podendo ser ofertados pelo mercado. Tem sido fortemente difundida no plano internacional e nacional, com destaque para o Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2010 que associa a discussão sobre a cobertura de saúde aos problemas de financiamento do setor público e não problematiza os determinantes sociais do processo saúde-doença, naturalizando a pobreza e a necessidade de medidas políticas para o financiamento dos seguros de saúde. As bases desse pensamento remontam à Conferência de Bellagio, promovida pela Fundação Rockfeller e realizada em 1979, um ano após a Conferência de Alma-Ata que estabeleceu as diretrizes para uma APS abrangente e integrada a um sistema universal de saúde, conforme já mencionado (NORONHA, 2013).

tensão perpassa, ainda hoje, as definições sobre o perfil profissional e as atribuições dos ACS na ESF.

Por outro lado, a delimitação do trabalho do ACS a atividades externas às unidades de saúde corresponde a um parâmetro muito valorizado por esse trabalhador, por consagrar o território como o *locus* fundamental de sua atuação, a partir do qual e para o qual se estruturam a organização e o desenvolvimento do seu trabalho. Essa delimitação torna-se um ponto estratégico de disputa em torno desse trabalho que, recentemente, tem se fragilizado, devido a propostas que, simultaneamente, tendem a fazer o ACS permanecer mais tempo na unidade e apresentam tarefas previamente configuradas. Desse modo, a dinâmica territorial e as necessidades percebidas pelos ACS na interação com as pessoas no território, especialmente nas VD, ficam em segundo plano ou deixam de ser consideradas, perdendo importância na organização do trabalho dos agentes, conforme veremos na análise das entrevistas.

Vejam agora o Decreto nº. 3189 (BRASIL, 1999a). Após um enunciado geral, este documento apresenta uma lista mais sintética - do que a Portaria 1886 - de atribuições para os ACS, estruturada em itens, como vemos a seguir:

Artigo 1º - Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente.

Art. 2º - São consideradas atividades do ACS, na sua área de atuação:

I - utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade de sua atuação;

II - executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva;

III - registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - **estimular a participação da comunidade nas políticas públicas** como estratégia da conquista de qualidade de vida;

V - realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;

VI - **participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas** que promovam a qualidade de vida;

VII - **desenvolver outras atividades pertinentes à função do Agente Comunitário de Saúde.** (Grifos nossos)

Como na Portaria 1886, nesse decreto, há também um item que abre a possibilidade para o ACS desenvolver outras atividades pertinentes à sua função, sem as especificar. Isso vai se repetir como uma tendência em documentos posteriores, materializando-se como um elemento que permite a inclusão contínua de novas atribuições para os ACS, gerando tensão e sobrecarga no trabalho.

Grifamos as referências às atividades associadas ao que se denominou correntemente de “papel de mobilizador social” atribuído aos ACS, traduzido, nesse documento, no estímulo

à comunidade para se organizar e participar junto às políticas públicas. Destacamos também a perspectiva intersetorial que parece orientar a referência à necessidade de fortalecimento dos elos entre a saúde e as demais políticas públicas, coerente com uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Ambos serão parâmetros importantes para cotejamento com os documentos posteriores.

A menção à “qualidade de vida”, como referência para a participação da comunidade e para a ação intersetorial, remete a diretrizes do campo da promoção da saúde. Em relação a esse campo, existem diferentes concepções que ampliam ou reduzem o entendimento sobre os determinantes do modo de vida e do processo de adoecimento das pessoas, configurando de modos diversos suas diretrizes, com efeitos sobre o horizonte de transformação almejado. Tais entendimentos se materializam na configuração das políticas públicas do setor, do escopo de práticas dos trabalhadores e na dimensão do atendimento dos direitos da classe trabalhadora.

Em relação ao reconhecimento da função do ACS como um trabalho propriamente dito, há duas referências importantes. Primeiro, o Decreto afirma que as atividades do ACS “são consideradas de relevante interesse público”. Segundo, determina que o “ACS prestará seus serviços, de forma remunerada, na área do respectivo município, com vínculo direto ou indireto com o Poder Público local, observadas as disposições fixadas em portaria do Ministério da Saúde”. Demarca a atividade do ACS como um trabalho remunerado, afastando-o da condição de trabalho voluntário, encontrada na história desse trabalhador no Brasil, e muito comum entre os CHW no plano internacional. Essa condição está presente até hoje, por exemplo, em países africanos (OLANIRAN et al, 2017; CHRISTOPHER; LE MAY; LEWIN, 2011). Entretanto, ao fazer a demarcação do trabalho do ACS como uma atividade remunerada, o Decreto nº. 3189 deixa em aberto a forma de contratação, admitindo o vínculo direto ou indireto. Desse modo, o mesmo documento apresenta um avanço e uma restrição à configuração do trabalho do ACS, caracterizando o movimento contraditório do seu processo de regulamentação.

Com a publicação da Lei nº. 10507 (BRASIL, 2002a), após vários projetos de lei e muita luta da categoria, a profissão de ACS é finalmente instituída (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007). Essa Lei não especificou as atribuições desse novo profissional, mantendo, portanto, a validade do Decreto nº. 3189 de 1999 como referência para as suas funções. Encontra-se somente um enunciado geral sobre as atividades que este trabalhador deve desenvolver, assim colocado:

A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade 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 deste.

Ainda que genérico, esse enunciado destaca, num mesmo plano, a prevenção de doenças e a promoção da saúde e delimita os domicílios e as comunidades como *locus* do trabalho do ACS. Outros pontos interessantes são o fato das dimensões individuais e coletivas das ações de saúde estarem igualmente destacadas e a referência explícita às diretrizes do SUS.

É importante notar que essa Lei é publicada em julho de 2002, na iminência de um processo eleitoral para a Presidência da República, do qual participou o então Ministro da Saúde, José Serra, como candidato pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), líder das forças políticas que governavam o Executivo Federal havia, então, oito anos. À essa época, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), os ACS já somavam mais de 170.000 trabalhadores que tinham acesso aos domicílios em áreas nas quais o poder público pouco se fazia presente, a não ser pelo PACS ou pelo PSF e, principalmente, pelo agente comunitário de saúde. O potencial de influência desses trabalhadores no voto das pessoas atendidas não passou despercebido.

A Lei nº 10507/2002 definiu os seguintes requisitos para o exercício da profissão de ACS: 1) residir na área da comunidade em que atuar; 2) haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; 3) haver concluído o ensino fundamental. Note-se a definição do nível de escolaridade e a exigência do curso preparatório. O ato legal que reconhece o trabalho do ACS como profissão afirma que este pode ser realizado mediante a escolaridade fundamental e indica a necessidade de uma preparação para o trabalho, nos moldes de uma formação inicial, sem parâmetros definidos e sem perspectiva profissionalizante. A Lei isentava da exigência do ensino fundamental aos que já atuassem como ACS antes de sua publicação e determinava a responsabilidade do Ministério da Saúde pela definição do “conteúdo programático do curso e dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos Agentes mencionados” (BRASIL, 2002a).

Em relação à forma de contratação, a Lei nº 10507 estabelece que o ACS “prestará os seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto”, o que é muito semelhante ao disposto no Decreto nº 3189. Especificamente sobre esse assunto, o Ministério da Saúde publicou um documento orientador, “Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde – um pacto tripartite” (BRASIL, 2002b). Essa publicação referia-se a um pacto tripartite, celebrado em janeiro de 2002, que definiu a contratação via OSCIP como o padrão a ser adotado pelos municípios que buscavam ajustar a contratação dos ACS às

exigências legais. Essa contratação seria viabilizada, por meio de um Termo de Parceria a ser celebrado entre os municípios e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)⁴⁹, nos termos da Lei nº 9.790/1999⁵⁰ (BRASIL, 1999b).

Em favor dessa orientação, argumentava-se a necessidade de evitar que a regularização dos vínculos levasse ao descumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal, ou prejudicasse o perfil social atribuído aos ACS que os caracterizava como um trabalhador *sui generis*. Como visto, as formas terceirizadas de contratação via OSCIP não estavam incluídas no cálculo referente aos gastos com pessoal e, por isso, não contribuíam para o atingimento do teto previsto pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Quanto ao perfil social do ACS (NOGUEIRA; RAMOS; SILVA, 2000), como já mencionado, este se baseou na existência de duas condições centrais: a identidade do trabalhador com a comunidade e um suposto pendor à ajuda solidária. Estas seriam garantidas principalmente pela sua condição de morador da comunidade, uma exigência que se entendia como incompatível com o concurso público como forma de acesso e, conseqüentemente, com o vínculo de servidor público estatutário. Modificações serão operadas na Constituição Federal, instituindo novas possibilidades de vinculação direta dos agentes ao Estado, como veremos mais adiante.

Se, de um lado, a Lei nº 10507/2002 não modifica a norma existente sobre os vínculos, de outro, ela projeta a necessidade de o MS produzir parâmetros para a qualificação desses trabalhadores. O processo de formulação de tais parâmetros desenvolveu-se a partir de 2003, numa outra conjuntura, no início do primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva como Presidente da República, resultando na publicação, em 2004, do Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004b).

3.2 A regularização do trabalho nos governos do PT

A partir de 2003, configura-se uma nova conjuntura política no país, delimitada pela chegada do Partido dos Trabalhadores (PT) ao Poder Executivo Federal, à frente de uma coalizão partidária com uma nova composição de forças e outro processo de produção de

⁴⁹ A OSCIP, é definida 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 do Estado para o desenvolvimento de suas atividades de interesse público, sem desnaturar o seu caráter de gestão privada”. (BRASIL, 2002b, p. 12).

⁵⁰ A Lei 9.790, que ficou conhecida como a “Lei do Terceiro Setor”, institucionalizou as OSCIPS e criou as condições legais para o estabelecimento de parcerias entre o poder público e essas entidades, visando o desenvolvimento de atividades de interesse público, mediante o repasse de verbas do Estado para essas instituições.

hegemonia. O chamado Lulismo, que então se inaugurava, é compreendido por Coutinho (2010) como um processo de hegemonia da pequena política, baseada no consentimento passivo que aceita a realidade histórica como dada, intransponível.

Oliveira (2010) utiliza a noção de “hegemonia às avessas” para sintetizar o fenômeno no qual representantes das classes subalternas governam com programas afeitos a frações das classes dominantes. Ele busca explicar como se viabiliza o fato de a maior liderança sindical, representante do chamado novo sindicalismo brasileiro, e parte da burocracia sindical ligada ao PT assumem o comando do aparato estatal e parecem dirigir moralmente a sociedade, ao mesmo tempo em que, dialeticamente, a dominação burguesa, em vez de enfraquecer, se fortalece, como destaca Braga (2016). Materializa-se um processo diferente de dominação no qual desaparece o elemento coercitivo, permanecendo o consentimento, porém modificado. Inverte-se o sujeito do consentimento: não são os dominados que consentem em serem explorados, mas os dominantes que consentem que os dominados assumam o poder político, desde que a exploração capitalista não seja abalada.

A Carta ao Povo Brasileiro, publicada em junho de 2002, já revelava a não intenção do governo Lula da Silva em produzir, nos planos político, econômico e ideológico, constrangimentos que efetivamente se tornassem impedimentos ao avanço dos interesses das elites, contentando-se em governar com parte significativa da pauta dos que o antecederam e, com habilidade, oferecer alguns ganhos à classe trabalhadora, especialmente à sua fração mais pobre. Esse documento é indicado por Singer (2012) como o símbolo do compromisso assumido pelo comitê da campanha de Lula com as exigências de estabilidade do capital. Compromisso esse que, em seguida, estendeu-se ao próprio Partido do Trabalhadores que passou a adotar uma conduta de não enfrentamento ao capital, em detrimento das propostas de transformação radical que foram progressivamente perdendo força no interior do Partido.

Dialogando com Coutinho e Oliveira, Braga (2010) entende que se operou no Brasil, nesse momento, um fenômeno denominado por Grasmci de ‘transformismo’ que se caracterizou pela absorção, no aparato estatal, das forças sociais antagônicas e pela desmobilização das classes subalternas e dos movimentos sociais. Um traço desse fenômeno é a incorporação na ossatura material do Estado de egressos das grandes centrais sindicais, como parte do executivo federal ou à frente de fundos estatais com grande poder político-econômico.

Os efeitos regressivos no campo político foram marcados pelo esvaziamento crítico, pela despolarização das lutas sociais decorrentes do afastamento crescente da política em relação aos conflitos e aos enfrentamentos entre as classes sociais antagônicas; ou talvez, nós

diríamos, pela ‘negação’ desses conflitos. Tudo parece ser passível de solução no plano do processo administrativo: os problemas sociais, como a miséria e a desigualdade, convertem-se em problemas de gestão; a pobreza é instrumentalizada e os conflitos sociais geridos burocraticamente. Nesse contexto político-ideológico, o gerencialismo se fortalece na política e na gestão públicas.

O fenômeno do Lulismo, entendido como uma forma peculiar de dominação social, remete à modernização conservadora da sociedade brasileira, via pela qual o atraso dialeticamente propicia as condições para um tipo de avanço que preserva esse atraso e o mantém funcional à dinâmica social, portanto, sem superá-lo. Como processo dialético e dinâmico, realizado nos limites historicamente produzidos para as formações sociais do capitalismo periférico, essa via de transformações limitadas tem as características do reformismo pelo alto, de base conservadora, mas capaz de produzir algumas mudanças com sentido progressista. (BRAGA, 2010)

Tentamos compreender as conquistas e perdas dos ACS no campo normativo e legislativo nos governos petistas, na relação com os processos políticos que combinaram mudança e conservação, com efeitos complexos e meandrosos para os diversos setores, dentre os quais, a educação, a assistência social e a saúde.

No campo da formulação política e da normatização do trabalho e da educação em saúde, com a criação da SGTES no Ministério da Saúde, em 2003, como já dito, instituiu-se um espaço de poder institucional que passou a articular as medidas relativas à regulamentação do trabalho dos ACS. Principalmente na primeira composição dessa Secretaria (janeiro de 2003 a julho de 2005), predominantemente ligada ao PT, evidenciaram-se ações nesse sentido, em articulação com o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho, o Ministério Público do Trabalho e o movimento organizado dos trabalhadores.

Para compreendermos as implicações dos documentos emanados do Ministério da Saúde para esse campo desde então, é preciso atentar para as variadas composições de forças políticas que assumiram a direção dessa Secretaria ao longo dos anos, as concepções acerca do trabalho e da educação em saúde que predominavam entre seus quadros e a correlação de forças entre gestores e trabalhadores. Deve ser considerada também a capacidade de o movimento organizado dos trabalhadores produzir permeabilidade nesse nicho institucional às reivindicações das categorias.

No quadro a seguir, apresentamos os Ministros da Saúde e os Secretários de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nos governos Lula, Dilma e Temer.

Quadro 6 - Ministros da Saúde, partidos políticos a que estão relacionados e Secretários de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, nos governos Lula, Dilma e Temer

Ministros da Saúde	Secretários de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
Humberto Costa (PT) Janeiro de 2003 a julho de 2005	Maria Luiza Jaeger Janeiro de 2003 a julho de 2005
José Saraiva Felipe (PMDB) Julho de 2005 a março de 2006	Francisco Eduardo Campos Julho de 2005 a março de 2011 Milton de Arruda Martins Março de 2011 a fevereiro de 2012 Mozart Sales Fevereiro de 2012 a abril de 2014 Hêider Aurélio Pinto Abril de 2014 a maio de 2016
José Agenor Álvares da Silva (PMDB) Março de 2006 a março de 2007	
José Gomes Temporão (PMDB) Março de 2007 a dezembro de 2010	
Alexandre Padilha (PT) Janeiro de 2010 a fevereiro de 2014	
Arthur Chioro (PT) Fevereiro de 2014 a outubro de 2015	
Marcelo Castro (PMDB) Outubro de 2015 a abril de 2016	
José Agenor Álvares da Silva (PMDB) 27 de abril a 12 de maio de 2016 (Interino)	
Ricardo Barros (DEM) Maio de 2016 a abril de 2018	Rogério Luiz Zeraik Abdalla
Gilberto Occhi (PP) Desde abril de 2018	

Não nos deteremos aqui nas discussões relativas ao processo de formulação da proposta de formação dos ACS, promovido pela SGTES, que resultou na publicação do Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde em 2004 (BRASIL, 2004b), até hoje, não implementado como política nacional de formação desses trabalhadores. Este processo foi analisado em nossa dissertação de mestrado (MOROSINI, 2010). Entretanto, não deixaremos de inferir as relações entre a não formação profissional dos ACS e a instabilidade ou mutabilidade de suas atribuições, a desvalorização da dimensão mais

formal dos conhecimentos exigidos para a sua prática e o não acesso a uma formação que contemple as bases científicas e tecnológicas do trabalho em saúde e contribua para o desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva sobre o seu trabalho e as relações sociais que o determinam.

Seguindo com a análise da regulamentação do trabalho dos ACS, em 2006, quatro anos após a sua publicação, a Lei nº 10507 é substituída pela Lei nº 11350 (BRASIL, 2006b) que mantém os mesmos requisitos de escolaridade e formação que a anterior, mas avança em relação aos vínculos de trabalho, principalmente no que dispõe o seu artigo 2º:

Art. 2º O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante **vínculo direto** entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional. [Grifos nossos]

Além desse artigo, os artigos 8º e 9º e o parágrafo único do artigo 9º trazem as definições que deveriam passar a orientar as formas de contratação desses trabalhadores e o cumprimento dos direitos trabalhistas devidos:

Art. 8º Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, na forma do disposto no § 4º do art. 198 da Constituição Federal, submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa.

Art. 9º A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos ou entes da administração direta dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios certificar, em cada caso, a existência de anterior processo de seleção pública, para efeito da dispensa referida no parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, considerando-se como tal aquele que tenha sido realizado com observância dos princípios referidos no caput deste artigo.

Esses artigos da Lei nº 11350, publicada em outubro de 2006, foram fundamentais para que os ACS conseguissem diminuir a contratação irregular da categoria. Eles ampliaram a base legal para a luta do movimento organizado dos agentes. A Lei nº 11350 complementa a EC 51⁵¹ (BRASIL, 2006a) publicada em fevereiro de 2006, que tornou possível os municípios admitirem os ACS (e ACE) por meio de processo seletivo público.

⁵¹ A EC 51 acrescentou os parágrafos 4º, 5º e 6º ao artigo 198 da Constituição Federal:

§ 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.

A determinação do vínculo direto e a possibilidade de realização de processo seletivo público tiveram efeitos positivos no sentido da regularização das formas de contratação dos ACS. As pesquisas de Girardi et al (2010 e 2014) e a pesquisa de Pinto et al (2015) encontraram mudanças significativas quanto aos vínculos dos trabalhadores estudados, já comentadas, que apontam para a prevalência, entre os ACS, do vínculo de estatutário, seguido pelo de empregado público, via CLT. Apesar de representar um contrato mais garantido, o emprego público não é a forma de contratação que compreendemos mais adequada para os trabalhadores públicos. Defendemos que o vínculo de estatutário oferece condições menos vulneráveis às injunções políticas dos diferentes governos que ocupam a liderança do Estado, conferindo maior estabilidade para os servidores atuarem como agentes públicos. Observamos também que a chamada ‘desprecarização’ não se deu de modo uniforme entre as regiões brasileiras. Entre essas, a região Sudeste destaca-se por apresentar números inversos à média nacional, com baixa participação do vínculo de estatutário (22,54%) e de celetista (27,23%) entre os ACS, como já indicado.

Quanto às atribuições, além de um enunciado geral quase idêntico ao da Lei nº 10507, a Lei nº 11350 recupera as atividades estabelecidas pelos Decreto nº 3189 para os ACS:

- I. a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II. a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III. o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV. **o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;**
- V. **a realização de visitas domiciliares periódicas** para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI. **a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas** que promovam a qualidade de vida. (Grifos nossos)

Podemos dizer que, nos primeiros documentos, publicados até 2006, os parâmetros normativos das atribuições do ACS concentravam-se em atividades educativas, de orientação e acompanhamento das famílias e de grupos específicos, de mobilização social, de articulação intersetorial e de produção de informação, estruturadas em torno da presença do ACS no território, tendo a visita domiciliar como ação ou estratégia principal. A VD remete o ACS ao território, portanto, até então, ao menos no plano normativo, preservava-se a intenção de dar

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

centralidade, na orientação do seu trabalho, ao espaço de vida e das relações com as pessoas que o agente encontra nas chamadas comunidades.

Percebemos duas perspectivas de trabalho educativo. Uma está associada à concepção de educação para a saúde, voltada à difusão de comportamentos saudáveis, com vistas à prevenção de doenças e restrita aos parâmetros biomédicos. Outra, mais abrangente, vincula-se à mobilização social, implicando a participação política e assumindo como horizonte a transformação das condições de vida. Ambas são encontradas na prática dos ACS.

Ainda que reconheçamos que tais concepções também podem estar presentes nos processos formativos dos ACS, entendemos que uma formação mais estruturada seria um espaço no qual essa problemática poderia ser enfrentada. A não viabilização da formação técnica dos ACS, orientada pelo Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, deixa de propiciar um espaço de discussão para o que entendemos ser o eixo estruturante do trabalho dos agentes – a educação em saúde. Deixam de ser oferecidas, de modo sistemático, as bases para uma compreensão mais ampliada, histórica e crítica das práticas de educação e de saúde.

Com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2006c), tem início a explicitação de um redirecionamento nas diretrizes do trabalho dos ACS. Além das atividades comuns aos demais integrantes das equipes de Saúde da Família, são atribuições específicas dos ACS:

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, **de acordo com o planejamento da equipe;**
- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, **por meio de visitas domiciliares e de ações educativas** individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, **de acordo com as necessidades definidas pela equipe;**
- e VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à **prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM**, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: **É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.**

(Grifos nossos)

As ações de educação perdem o estatuto de atividades em si e passam a ser apresentadas somente como meios para efetivar outras atividades principais de promoção,

prevenção e vigilância. Isso é diferente, por exemplo, no Decreto 3189, no qual essas atividades figuravam das duas formas, como atividades-meio no enunciado geral e como atividades-fim num item específico. Na segunda edição da PNAB publicada em 2011, essa característica restritiva se acentua, pois ao serem apresentados os exemplos de atividades educativas citam-se apenas doenças, em clara vinculação com a prevenção e o controle de riscos (BRASIL, 2012).

As atividades visando à participação popular são excluídas dos textos das PNAB, seja esta participação voltada às políticas públicas de um modo geral, como expressa nas diretrizes iniciais sobre as atividades do ACS (BRASIL, 1997a; 1999a), ou nas políticas voltadas para a área da saúde, como colocado na Lei 11350, que passou a regulamentar a profissão (Brasil, 2006b).

Na verdade, o termo ‘política’ desaparece do texto da PNAB referente às atividades dos ACS. Esse desaparecimento não revela um fenômeno isolado. Ao contrário, trata-se da expressão de um processo mais amplo que compreende a despolitização da gestão e do trabalho em diversos campos, inclusive, a saúde, como desdobramento da despolitização da própria política. É um movimento que traz para o campo das técnicas, da delimitação dos saberes e das competências os objetos da política e os problemas sociais, num hermetismo que exclui, do Estado e das políticas, as noções de conflito, os interesses antagônicos e a luta de classes.

Interpretamos esse achado da pesquisa como expressão da forma de produção de hegemonia, correspondente ao esvaziamento do que Gramsci denomina de grande política e o predomínio da pequena política. Remete à desqualificação ou retirada do debate das grandes pautas sociais, trabalhistas, enfim, de qualquer pensamento ou projeto que desnaturalize a realidade existente e projete a sua transformação radical (COUTINHO, 2010). Tal processo, típico da produção de hegemonia nos marcos do neoliberalismo, continuou e ganhou especificidades no contexto político dos governos Lula, com os sentidos regressivos já apontados anteriormente. (BRAGA, 2010)

A Lei nº 11350, ainda que publicada no mesmo ano que a PNAB 2006, expressou uma compreensão mais ampla do papel dos ACS, reafirmando a dimensão política do seu trabalho, ao definir como suas atribuições as atividades de “estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde” e a “participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida”. Atribuímos essa posição diferenciada da Lei nº 11350 em relação à PNAB ao fato de a sua formulação ter contado com a participação do movimento organizado dos ACS e com o apoio da SGTES do

Ministério da Saúde, cujo discurso e as práticas políticas estavam então compromissados com o fortalecimento dos trabalhadores do SUS e a valorização da gestão pública democrática.

Com a exclusão das atividades relativas à participação popular, desaparece também a expressão ‘qualidade de vida’ que tais políticas deveriam promover. Qualidade de vida é uma ideia que tem sido cara ao campo da promoção da saúde, perspectiva especialmente relevante para o trabalho na Atenção Básica, segundo as diretrizes de uma APS forte. Quando calcada na análise dos determinantes sociais da doença e na crítica das relações sociais que os sustentam, projeta a construção de melhores condições de existência em sociedade. Ao excluir tal termo e apresentar doenças e agravos à saúde, associados à valorização das concepções de vulnerabilidade e risco, os documentos demonstram o crescimento de uma perspectiva com foco mais reduzido, centrada em condições específicas que podem ser controladas para diminuir ou restringir a incidência dessas enfermidades, sem necessariamente implicar a transformação das relações e condições sociais que as produzem.

O termo ‘comunidade’ não chega a desaparecer, mas aparece com menos frequência e passa a ser apropriado apenas com o sentido de lugar, local de exercício das atividades dos ACS - ‘na comunidade’ - ou associado à promoção da saúde e prevenção de doenças. Anteriormente, o termo ‘comunidade’ remetia ao sujeito da participação política que o ACS deveria mobilizar e ao objeto de conhecimento e análise das condições de vida e saúde. A mudança de sentido do termo parece indicar uma mudança na perspectiva que orienta o trabalho do ACS: do âmbito coletivo, com horizonte de transformação das condições de vida, para o âmbito biomédico e individualizante, no qual a promoção da saúde restringe-se ao controle ou diminuição dos fatores de risco.

A partir da PNAB 2006 (BRASIL, 2006c), não se encontram mais referências à participação dos ACS na produção do diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade, nem em ações dirigidas ao fortalecimento da relação entre o setor saúde e outras políticas públicas. Entre suas atribuições aparece “cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados”. Comparativamente, parece ocorrer a transição de uma atividade com escopo mais amplo e complexo (produção do diagnóstico) para uma tarefa de cunho predominantemente operacional (cadastramento). Este também não é um fato isolado, mas integra um processo de simplificação das atividades dos agentes que observamos também nas entrevistas com os sujeitos da pesquisa.

Além disso, é importante registrar que o termo ‘diagnóstico’ aparece na lista de atribuições dos profissionais de nível superior (enfermeiro, médico e dentista), porém referindo-se a uma etapa do processo de “assistência integral”:

(...) realizar **assistência integral** (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, **diagnóstico**, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2006c, p. 45) (Grifos nossos)

Somente entre as atribuições do dentista, encontramos um sentido um pouco mais amplo, ainda assim, restrito à lógica da epidemiologia, com finalidades de planejamento no tocante à saúde bucal: “realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal” (BRASIL, 2006c, p. 46).

No texto da PNAB 2006, a perspectiva do diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade mais abrangente e próxima da compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença se afasta da equipe da ESF como um todo. Nesse documento, nas partes referentes aos princípios gerais e à caracterização do trabalho na ESF, o termo ‘diagnóstico’ aparece associado ao ‘diagnóstico situacional’ (etapa do planejamento) e à noção de ‘risco à saúde’:

(...) atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, **diagnóstico situacional**, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde doença da população (BRASIL, 2006c, p. 20). (Grifos nossos)

(...) **diagnóstico**, programação e implementação das atividades segundo **critérios de risco à saúde**, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes” (BRASIL, 2006c, p. 26). (Grifos nossos)

Outra mudança importante colocada pela PNAB 2006 é a possibilidade de o ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, com a ressalva de que estas sejam vinculadas às atribuições especificadas na PNAB. Flexibiliza-se assim, a delimitação do trabalho dos ACS no território, historicamente consagrada e regulamentada desde a Portaria 1886 (BRASIL, 1997a) que fixou as diretrizes do PACS.

Legitimar e promover a atuação dos ACS no interior da unidade de saúde é uma ação que aponta para um efeito de dupla face. De um lado, aparece como algo que pode contribuir para o reconhecimento do ACS como parte da equipe de saúde das unidades de Saúde da Família, criando condições para a sua integração no trabalho multidisciplinar. De outro, pode induzir a redução do tempo dedicado às atividades de educação em saúde no território e potencializar uma modalidade de atuação na qual o agente figura como um auxiliar genérico dos serviços de saúde e das atividades dos profissionais de nível superior, reforçando a sua inserção subalterna no processo de trabalho na ESF.

A segunda possibilidade é o que temos encontrado na prática. Como exemplo do que observamos no trabalho de campo da pesquisa, citamos: a separação de fichas e a anotação do

peso em consultas coletivas; a organização de espaços físicos para as atividades; a orientação de filas; a separação de prontuários; e, até mesmo, atividades de limpeza, entre outras. Abre-se, assim, um terreno propício ao desvio de função e à simplificação do trabalho, o que confirmamos nas entrevistas com os sujeitos da pesquisa.

Visualizamos aqui uma transição do sentido do trabalho do ACS. Anteriormente, identificava-se uma finalidade própria, centrada na educação em saúde, e um papel de articulação com as ações desenvolvidos pelos serviços. Hoje, esse trabalho se caracteriza, cada vez mais, como uma atividade meio, instrumentalizada, desprovida do compromisso com objetivos mais estruturantes de um novo modelo de atenção à saúde.

A PNAB 2006 também já expressa a intenção de aproximar o trabalho do ACS e do ACE, indicando, entre as atribuições “específicas mínimas” dos ACS, o cumprimento de ações de vigilância relativas à prevenção da malária e da dengue, referindo-se ao prescrito na Portaria 44/GM de 2002 (BRASIL, 2002c). Essa Portaria indica para os ACS atividades, principalmente de educação, orientação, identificação de riscos, notificação, encaminhamento e monitoramento, em relação a ambas as doenças citadas. Nas áreas rurais, no que diz respeito especificamente à malária, os ACS devem assumir também ações de diagnóstico, de providências para acesso ao tratamento e de verificação de cura, por meio de coleta laminar.

Essa aproximação, entretanto, não foi projetada com base em um processo mais amplo de integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica. De modo restrito, teve como objeto somente o trabalho desses agentes, cuja frágil qualificação – não formação e regulamentação profissional restrita - contribui para que fiquem mais expostos a esse tipo de intervenção, especialmente os ACS. As questões referentes aos limites e às proximidades entre o trabalho dos dois agentes ganharam maior destaque na conjuntura atual, potencializadas pela pauta restritiva de recursos para as políticas sociais, que serve de justificativa para propostas de contenção de custos, redução de pessoal e intensificação do trabalho.

De modo geral, as diversas tendências identificadas na PNAB de 2006 permanecem na PNAB 2011 (BRASIL, 2012) que define como atribuições específicas dos ACS:

- I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - **Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;**
- V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;

VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, **por meio de visitas domiciliares e de ações educativas** individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como **ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.**

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. (Grifos nossos)

Nesta segunda PNAB, no caso específico das atividades de vigilância atribuídas aos ACS, são mencionadas outras endemias além da dengue e da malária (BRASIL, 2012). O termo ‘combate’, típico das ações que caracterizam o trabalho dos ACS, aparece associado a ações a serem desempenhadas pelos ACS.

Dois acréscimos encontrados na PNAB 2011 em relação às atribuições específicas dos ACS chamam a nossa atenção. O primeiro é atribuir-lhes a realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, o que conduz a duas possibilidades: o reforço do trabalho do ACS sob a direção das necessidades dos Programas de Saúde e, não, das necessidades de saúde identificadas no território, e a formalização da presença cada vez mais intensa dos ACS nas unidades, atuando frente às demandas espontâneas que pressionam o cotidiano dos serviços de saúde. O chamado acolhimento, como observado no campo, é uma atividade que tem sido crescentemente atribuída ao ACS nas unidades, já fazendo parte da sua rotina semanal, também em detrimento do tempo destinado ao território, especialmente às visitas domiciliares.

O segundo acréscimo da PNAB 2011 às atribuições dos ACS é responsabilizá-los pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa-Família e de qualquer programa de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades que sejam promovidos pelas três instâncias de governo.

Em conjunto, tais acréscimos denotam a compreensão do ACS como um trabalhador polivalente e flexível, ao qual podem ser transferidas tarefas e atividades de menor complexidade pertinentes ao serviço, sem se levar em conta a intensificação do seu trabalho, por meio do redirecionamento incessante de suas funções. Concorrem também para o esvaziamento de um trabalho educativo mais reflexivo, progressivamente substituído pela

execução de tarefas simplificadas, o que caminha em sentido contrário à melhoria da qualidade do trabalho no SUS.

Compreendemos que essa situação expressa uma dinâmica recorrente de transformação do trabalho do ACS que converge para a sua precarização, ainda que a relação contratual tenha sofrido um amplo processo de regularização.

No quadro a seguir, apresentamos as atribuições dos agentes comunitários de saúde segundo os documentos analisados neste capítulo - a Portaria nº 1886 de 1997, o Decreto nº 3189 de 1999, a Lei nº 10507 de 2002, a Lei nº 11350 de 2006, a PNAB 2006 e a PNAB 2011.

Quadro 7 - Atribuições dos agentes comunitários de saúde segundo os principais documentos que normatizaram o seu trabalho entre 1997 e 2011

Portaria 1886 de 1997	Decreto 3189 de 1999	Lei 10507 de 2002	Lei 11350 de 2006	PNAB 2006	PNAB 2011
<p>O Agente Comunitário de Saúde deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na Comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro Instrutor-Supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência.</p> <p>São consideradas atribuições básicas dos ACS, nas suas áreas territoriais de abrangência:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. realização do cadastramento das famílias; 2. participação na realização do diagnóstico demográfico e na definição do (3). perfil sócio econômico da comunidade, na identificação de traços culturais e religiosos das famílias e da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da 	<p>São consideradas atividades do ACS, na sua área de atuação:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade de sua atuação; II. executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva; III. registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; IV. estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida; V. realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; VI. participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que 	<p>A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade 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 deste.</p> <p>[Obs. da autora: A Lei 10507 de 2002 tem como referência para as atividades dos ACS o Decreto 3189 de 1999].</p>	<p>O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.</p> <p>São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade; II. a promoção de ações de educação 	<p>Atribuições mínimas específicas dos ACS:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; II. trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; III. estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; IV. cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; 	<p>Atribuições específicas dos ACS:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; II. Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; IV. Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V. Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe,

<p>área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da sua área de abrangência;</p> <p>4. realização do acompanhamento das micro-áreas de risco;</p> <p>5. realização da programação das visitas domiciliares, elevando a sua frequência nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial;</p> <p>6. atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias; execução da vigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco;</p> <p>7. acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos;</p> <p>8. promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência ou criando alternativas de</p>	<p>promovam a qualidade de vida; e</p> <p>VII. desenvolver outras atividades pertinentes à função do Agente Comunitário de Saúde.</p>		<p>para a saúde individual e coletiva;</p> <p>III. o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;</p> <p>IV. o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;</p> <p>V. a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e</p> <p>VI. a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.</p>	<p>V. orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;</p> <p>VI. desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;</p> <p>VII. acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e</p> <p>VIII. cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e</p>	<p>considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;</p> <p>VI. Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;</p> <p>VII. Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e</p>
--	---	--	--	---	---

<p>facilitação de acesso;</p> <p>9. promoção do aleitamento materno exclusivo;</p> <p>10. monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral;</p> <p>monitoramento das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência;</p> <p>11 monitoramento das dermatoses e parasitoses em crianças;</p> <p>12. orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas;</p> <p>13 identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência;</p> <p>14. realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de:</p>				<p>da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.</p>	<p>coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e VIII. Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades</p>
--	--	--	--	--	--

<p>desenvolvimento da gestação; 15 seguimento do pré-natal; sinais e sintomas de risco na gestação; nutrição; 14. incentivo e preparo para o aleitamento materno; preparo para o parto; 15 atenção e cuidados ao recém nascido; cuidados no puerpério; 16. monitoramento dos recém-nascidos e das puérperas; 17. realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, encaminhando as mulheres em idade fértil para realização dos exames periódicos nas unidades de saúde da referência; 18. realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar; 19. realização de ações educativas referentes ao climatério; 20. realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;</p>					<p>implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.</p>
--	--	--	--	--	---

<p>21. realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil.</p> <p>22. busca ativa das doenças infecto-contagiosas;</p> <p>23. apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória;</p> <p>24. supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;</p> <p>25. realização de atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso;</p> <p>26. identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio;</p> <p>27. incentivo à comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência psicofísica;</p>					
---	--	--	--	--	--

<p>28. orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas;</p> <p>29. realização de ações educativas para preservação do meio ambiente;</p> <p>20. realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos;</p> <p>31. estimulação da participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade;</p> <p>32. outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.</p>					
<p>É vedado ao ACS desenvolver atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência.</p>	<p>Parágrafo único. As atividades do ACS são consideradas de relevante interesse público.</p>			<p>Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.</p>	<p>É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.</p>

Fonte: Elaboração da autora a partir dos documentos normativos analisados.

4 SOBRE A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA DE UM CONCEITO E DE UM FENÔMENO

4.1 Precarização como processo histórico e fenômeno social

Neste capítulo construímos um histórico da precarização do trabalho como objeto de estudo e como fenômeno social. Sobre o tema são utilizados dois termos: a precarização e a precariedade.

No âmbito da produção acadêmica, a precariedade e a precarização correspondem a noções que emergem ou ganham força no campo da sociologia, ao final da década de 1970, a partir da crise estrutural do capital. Ambos os termos são utilizados nos estudos que abordam as transformações ocorridas no mundo do trabalho, em diferentes sociedades, que envolvem a ampliação e a difusão de formas de exploração do trabalho vivo caracterizadas pela insegurança, pela intermitência da vinculação ao trabalho e pela sua realização em condições de crescente degradação, com efeitos sobre os meios tradicionais de organização e representação dos trabalhadores, enfim, sobre as formas e os espaços de sociabilidade do homem-que-trabalha. Abrangem, entre outros aspectos, a deterioração das condições de trabalho, a desregulamentação das formas de emprego, a intensificação do trabalho, a extensão da jornada, a redução dos ganhos salariais, a crescente desproteção social, a difusão da insatisfação e do sofrimento físico e/ou mental associados ao trabalho e o fenômeno do desemprego estrutural⁵².

Ainda que a sua emergência como objeto de estudo se localize nos anos 1970⁵³, a precarização e a precariedade são também caracterizadas como um fenômeno social intrínseco ao modo de produção capitalista. Lopes (2011), por exemplo, afirma que a noção de precarização, que parece emergir no contexto de reorganização da produção pós-fordista, tem uma relação anterior e permanente com o capitalismo. Braga (2012, p. 17) acrescenta que a precariedade é parte constitutiva da relação salarial, resultante “da mercantilização do trabalho, do caráter capitalista da divisão do trabalho e da anarquia da reprodução do capital”.

⁵² Para a composição dessa caracterização inicial da precarização apoiamo-nos principalmente nas obras de Bourdieu, 1998; Vasapollo, 2005a e b; Antunes, 2005, 2009a, 2011; Alves, 2005, 2007, 2013; Druck, 2011; Dal Roso, 2008; e Queiroz, 2013.

⁵³ Queiroz (2013) nos lembra, baseado em levantamento feito por Cingolani (2011), que o tema do trabalho precário já se colocava em discussão nos anos 1960 na Europa, nos sindicatos de trabalhadores e na academia. Nesse primeiro momento, entretanto, os termos “trabalho precário” e “precariedade do emprego” só eram fortuitamente utilizados.

Nesse sentido, como afirmam Queiroz (2013) e Kalleberg (2009), a precarização está associada à instituição do assalariamento como a relação hegemônica de vinculação do homem ao trabalho. Diz respeito às formas de produção e reprodução da desigualdade social inscritas na divisão social do trabalho e pode, portanto, ser encontrada nas várias fases de desenvolvimento do modo de produção capitalista, como um processo que integra a própria dinâmica contraditória do capital.

No contexto acadêmico, a precarização social ou socioeconômica foi inicialmente abordada na França por estudos que se localizavam mais no campo da pobreza do que do trabalho, sendo tratada como sinônimo de exclusão, como apontam Hirata e Prétceille (2002) e Thébaud-mony e Druck (2007). Nesses primeiros estudos, predominava uma concepção dicotômica que separava os excluídos dos incluídos, como se esses últimos ocupassem uma posição na sociedade e no mercado de trabalho que os tornava imunes a qualquer tipo de precariedade laboral. Segundo Hirata e Prétceille (2002), essa compreensão será superada a partir dos próprios achados das pesquisas sobre exclusão, que mostrarão a necessidade de percebê-la não como uma linha divisória, mas como um processo que remete à fragilização da posição de grupos ou pessoas que, até então, encontravam-se em situação satisfatória de emprego e de condições de vida.

Thébaud-mony e Druck (2007) e Queiroz (2013), baseados em Barbier (2002), apresentam quatro usos do termo precariedade presentes nos estudos franceses sobre o tema da precarização. Inicialmente, nos primeiros anos da década de 1970, a precariedade esteve especificamente associada aos chamados problemas sociais, referindo-se a uma condição na qual as famílias encontram-se em um processo de vulnerabilidade e instabilidade. Nessa época, em geral, os estudos sobre precariedade enfocavam a pobreza, as redes de solidariedade entre as famílias e a assistência social, sem referência ao emprego ou ao trabalho. Somente ao final da década de 1970, quando ainda predominava o contrato de trabalho por tempo indeterminado, é que a precariedade passou a ser utilizada para indicar a emergência de empregos de novo tipo ou atípicos⁵⁴, notadamente os contratos por tempo determinado.

Os outros dois sentidos foram desenvolvidos nas décadas de 1980 e 1990. Nesse período, a discussão sobre precariedade apresentou-se relacionada ao mercado de trabalho e

⁵⁴ O trabalho atípico se define por contraste com o trabalho padrão. Os aspectos que o conformam são, em geral, o contrato por tempo determinado, o horário parcial, a prestação de serviços sem garantias formais e contratuais (VASAPOLLO, 2005a). Além disso, o autor comenta sobre a prestação de serviço sem tutela da formação, o que entendemos tratar-se de uma não institucionalização/regulamentação da formação profissional.

utilizada como uma categoria nas estatísticas e nos estudos sobre o tema, indicando os contratos de emprego considerados precários. O sentido de processo é utilizado a partir da década de 1990, quando alguns estudiosos passaram a caracterizar o fenômeno como um processo de precarização social abrangente, como é o caso de Bourdieu (1998), Appay (1997) e Thebáud-Mony (2004).⁵⁵

Neste estudo de doutorado, acompanhando o pensamento de Alves (2007), compreendemos a **precarização** como um **processo** histórico, expressão da correlação de forças entre capital e trabalho, que diz respeito às condições nas quais o trabalho vivo se submete à produção capitalista, promovendo sistematicamente a precariedade social. A **precariedade** corresponde a uma **condição** intrínseca ao modo de produção e reprodução capitalista, associada à constituição da força de trabalho como mercadoria que atinge “aqueles que são despossuídos do controle dos meios de produção das condições objetivas e subjetivas da vida social” (p. 114). Não é um atributo inerente ao humano, mas um produto histórico das contradições da relação social capital, que instaura um desenvolvimento civilizatório baseado num processo contínuo de precarização.

Na constituição do pensamento contemporâneo sobre o tema, a obra de Castel (2013), “As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário”, publicada em 1995, é particularmente importante por superar a dicotomia que marcou a abordagem inicial da precarização social ou socioeconômica que - tratada como sinônimo de exclusão - indicava uma condição que afetava somente aqueles não integrados ao trabalho.

Castel (2013) investiga a chamada ‘questão social’ que corresponderia aos processos de dissociação de partes da população, que ameaçam a coesão social e expõem uma dada sociedade ao risco de fratura. Segundo o autor, trata-se de um processo de desfiliação social, marcado pela ruptura de laços e círculos que integravam os indivíduos à sociedade, promovidos principalmente por meio das transformações operadas na forma de organizar a produção, nas relações de trabalho, no aparato legislativo e normativo referente às relações econômicas, financeiras e ao mercado de trabalho e na reconfiguração do Estado e suas atribuições.

Privilegiando a realidade francesa, o autor ocupa-se de analisar os processos que constituíram historicamente a condição salarial, ou seja, as relações que se instituíram na sociedade moderna, tendo por base o emprego e o salário. Ele enfoca particularmente os

⁵⁵ Na leitura de Thébaud-Mony e Druck (2007), observa-se o destaque à crítica feita por Appay (1997) aos estudos franceses recentes que utilizam o termo precariedade para referir-se aos empregos ditos atípicos, contrapondo-os aos chamados empregos típicos, como se somente os primeiros estivessem expostos ao processo de precarização e, não, o conjunto da sociedade.

efeitos da crise do capitalismo sobre essa condição e como esses efeitos redimensionam a questão social na França e no mundo, num quadro em que se destacam:

(...) o desemprego em massa e a instabilidade das situações de trabalho, a inadequação dos sistemas clássicos de proteção para dar cobertura a essas condições, a multiplicação de indivíduos que ocupam na sociedade uma posição de supranumerários, 'inempregáveis', inempregados ou empregados de modo precário, intermitente. De agora em diante, para muitos, o futuro é marcado pelo selo do aleatório. (CASTEL, 2013, p. 21)

Sob essa perspectiva, fica exposta a amplitude da abrangência das situações de vulnerabilidade social e o alcance das incertezas que passam a estar associadas de forma sistemática às relações salariais.

Castel (2013) reconhece também uma forte correlação entre o lugar que se ocupa na divisão social do trabalho e as condições de participação nas redes de sociabilidade e nos sistemas que garantem proteção aos eventuais infortúnios da existência de um indivíduo. O autor entende ser fundamental analisar os nexos com o trabalho, de modo que as situações de precariedade do passado e do presente possam ser compreendidas em relação com a dinâmica social que as constituiu.

Para caracterizar o quadro atual de precarização social é preciso, portanto, identificar as situações que servem de referência para esta comparação. Nas palavras de Castel (2013, p. 26): “procurar a relação entre a situação em que se está e aquela de onde se vem, não autonomizar as situações extremas, mas juntar o que se passa nas periferias com o que acontece em direção ao centro”. Por ser um processo, a precarização nos remete a um movimento, a uma transformação em relação a um momento anterior ou a uma situação simultânea melhor ou ideal - não necessariamente realizada, um projeto -, ou seja, algum tipo de parâmetro histórico, ainda que utópico.

No início da organização do trabalho industrial, uma referência para indicar a precarização do trabalho poderia ser a situação do trabalho independente dos artesãos e dos integrantes das corporações de ofício, cujos meios de produção e o produto do trabalho estavam diretamente vinculados ao trabalhador, como sua propriedade. A instituição do trabalho assalariado deu-se mediante uma prévia expropriação dos trabalhadores de seus meios de produção, que lhes fez restar somente a força de trabalho que precisa ser vendida para a sua subsistência. A jornada de trabalho, as condições em que este se realiza, o tempo de lazer e as possibilidades de reprodução da força de trabalho passaram a estar em relação direta com a condição de assalariamento. À essa época, tal condição indicava a degradação que acometia aqueles que não conseguiam mais tirar o seu sustento das atividades tradicionais, do

cultivo da terra, da produção artesanal, enfim, uma condição indigna e miserável a que acorriam somente aqueles que não tinham outra coisa a vender a não ser a própria força (CASTEL, 2013).

No contexto da Revolução Industrial, o trabalho doméstico, o pagamento por produção ou por peça foram utilizados no processo de acumulação e permaneceram, modificados, contribuindo para a situação de precariedade social que marcou a constituição do trabalho assalariado ao longo do século XIX (THÉBAUD-MONY; DRUCK, 2007; GENNARI; ALBUQUERQUE, 2013). Em geral, os operários eram submetidos a longas e intensas jornadas de trabalho, realizadas em espaços e condições prejudiciais à saúde, sem garantias legais e remunerados com salários que mal atendiam às necessidades básicas de reprodução da força de trabalho. Além disso, as práticas de organização e remuneração do trabalho eram desiguais em relação ao gênero e à idade, isto é, com desvantagem para as mulheres em relação aos homens, assim como para as crianças (THÉBAUD-MONY; DRUCK, 2007). Já se explicitava a apropriação, pelo capital, de situações de vulnerabilidade de alguns grupos específicos – mulheres, crianças, adolescentes – que ficavam mais expostos à precarização nas condições de trabalho (SEGNINI, 2011).

No que tange ao trabalho de mulheres, cabe notar que a diferenciação salarial, de carreira, prestígio, assim como o acúmulo de funções profissionais com o trabalho doméstico é algo que vem do passado, modifica-se, mas permanece como uma situação que define contornos particulares quanto à precarização. Permanecem também as situações de trabalho análogo ao escravo e o trabalho infantil, traços perversos ainda encontrado nas sociedades contemporâneas, em economias centrais e periféricas.

Não foi breve o período transcorrido até que a situação de assalariamento, forma de exploração do trabalho típica do capitalismo, se generalizasse e se tornasse predominante entre os vários segmentos dos trabalhadores. Tempo ainda maior e muitos combates empreendidos pela classe trabalhadora foram necessários para que esse assalariamento estivesse associado a direitos e condições em um patamar menos degradante de reprodução da força de trabalho, conforme o padrão de emprego alcançado na vigência do Estado de Bem-Estar Social e do modo fordista de regulação do trabalho (CASTEL, 2013).

Sobre a instituição do assalariamento nas sociedades ocidentais, Castel (2013, p. 28) relata que, “no momento em que a condição de assalariado livre se torna a forma juridicamente consagrada das relações de trabalho, a situação salarial ainda permanece e, por muito tempo, com a conotação de precariedade e infortúnio”. O autor lembra ainda que o mesmo processo que produziu a multiplicação da riqueza, instalou a miséria no centro de sua

expansão, transformando em vítimas os próprios agentes da Revolução Industrial, condenados ao pauperismo. Mesmo quando se tornou a principal forma jurídica, reconfigurando o conjunto das relações de trabalho, a partir da instituição da sociedade liberal-burguesa, a condição de assalariado livre não se desenvolveu de forma homogênea, ela própria sendo fonte de desigualdades.

Entretanto, após a constituição dos sistemas de proteção social que se associaram à condição salarial no século XX, esta passou a ser uma referência importante de estabilidade e segurança. Portanto, atualmente, o processo de precarização social tem como parâmetro, justamente, a configuração assumida pela condição salarial no contexto do modelo fordista de organização da produção e do Estado de Bem-Estar Social. Tal configuração desenvolveu-se nas sociedades capitalistas, particularmente de economias centrais, no período compreendido entre o final da Segunda Guerra Mundial e a primeira metade da década de 1970, conhecido como os “30 anos gloriosos” ou a “era de ouro do capitalismo”.

Compreendemos, entretanto, em diálogo com Queiroz (2013), que a precarização não é um processo linear. Ao contrário, nas diversas sociedades, situações mais ou menos degradantes coexistiram e coexistem, sendo funcionais ao sistema capitalista, como é o caso, por exemplo, da exploração dos imigrantes em condições de precariedade, no passado e no presente. Caracterizam essa realidade combinada a existência, numa mesma sociedade, dos empregados estáveis, contratados por tempo indeterminado, com direitos garantidos, junto com o trabalho informal, terceirizado ou por tempo determinado, assim como, do desemprego, formador do exército de reserva, que ameaça o trabalhador e enfraquece suas condições de negociação com o capital.

Em cada formação social particular, em cada conjuntura específica, deve-se considerar sempre a correlação de forças entre as classes com interesses e projetos antagônicos que disputam as questões referentes ao trabalho, a distribuição da riqueza socialmente produzida, a organização do modo de produção da existência e a direção ético-política da sociedade. A precarização responde às condições e possibilidades de ação política da classe trabalhadora e suas diferentes frações, no sentido do enfrentamento e da superação da desigualdade que estrutura a relação capital.

As referências para a discussão sobre a precarização podem ser buscadas ao longo do tempo, mas precisam também ser cotejadas com ideias/projetos de mudança das situações consideradas inadequadas para a existência humana, para a vida e o labor dos trabalhadores, sob pena de, se limitadas às conquistas alcançadas no marco do capitalismo, não indicarem

possibilidades de o superar⁵⁶. Note-se, entretanto, que as mudanças pretendidas podem tanto ser parte de projetos corporativos, de melhorias das condições de um grupo específico, ou universais, com contornos de transformação ético-política da sociedade como um todo.

No tocante às relações salariais instituídas mediante a associação entre o fordismo, o keynesianismo e o Estado de Bem-Estar Social, Castel (2013) afirma que o contrato de trabalho estável, inserido num estatuto social regido pelo direito do trabalho e dotado de proteção social, corresponderia a um processo de ‘desmercantilização’ do trabalho. A ‘desmercantilização’ corresponde à diminuição da dependência entre a provisão de bem-estar e o trabalho como mercadoria, obtida mediante a garantia de direitos sociais pelo Estado. Esse processo, ainda que parcial, estaria sendo revertido desde os anos 1970, por meio da desregulamentação do trabalho, da supressão ou enfraquecimento dos direitos associados ao emprego e da institucionalização de formas precárias de exploração da força de trabalho. A reconfiguração do papel do Estado na regulação social, o estreitamento das políticas sociais e a privatização dos bens e serviços públicos têm ampliado as formas mercantis de reprodução da força de trabalho.

A referência ao Estado de Bem-Estar Social como parâmetro para estabelecer análises comparativas sobre a precarização apresenta algumas limitações. Uma delas é a própria noção de ‘desmercantilização’ do trabalho que, associada a melhores condições de venda da força de trabalho no modo de produção capitalista, não supõe a possibilidade de que o trabalho possa realizar-se por meio de relações que não impliquem a sua exploração. A noção de pleno emprego associada ao modelo de Bem-Estar Social, por exemplo, implica a ideia de o Estado promover meios que garantam a permanência do trabalhador na histórica situação de empregado explorado, ainda que em melhores condições de reprodução da sua força de trabalho.

As expressões ‘ter como referência’ e ‘parâmetro’ utilizadas aqui contêm, portanto, uma relativização necessária. Devemos considerar que as condições associadas ao modelo fordista e, principalmente, ao Estado de Bem-Estar Social foram diversas mesmo entre as principais economias da Europa, não se constituindo em um modelo único, conforme nos adverte Harvey, 2013. Na opinião de Navarro (1993), a forma como se constituiu e se

⁵⁶ Entendemos que as referências produzidas no âmbito da organização dos trabalhadores, em seus movimentos organizados, das mais diversas perspectivas, são parâmetros importantes que se colocam na disputa pela conformação ou transformação do modo de organizar as relações em sociedade e, conseqüentemente, do que se pode compreender como precariedade e precarização do trabalho. Nesta pesquisa não abordamos diretamente a pauta política dos trabalhadores ACS e os parâmetros que estas produzem, mas permanecemos atentos às suas relações com as transformações percebidas nas formas de organização do trabalho e em suas conseqüências sobre os trabalhadores.

administrou o Estado de Bem-Estar Social esteve na dependência da correlação de forças entre as classes, em cada país. Além disso, mesmo no interior das sociedades que adotaram o Estado Social, desigualdades permaneceram, como nos informa o próprio Castel (2013) a respeito da situação salarial na França. Nesse país houve repartição dos frutos do crescimento econômico alcançado entre 1950 e 1975, mas não houve redução de desigualdades, perseverando-se as disparidades e as hierarquias sociais. Tais situações explicitam os limites postos à promoção da igualdade no âmbito das sociedades capitalistas.

Observadas as ressalvas apresentadas, sabemos que a crise do capitalismo que se instaurou a partir de meados de 1970 atingiu em cheio a proteção social e os direitos conquistados anteriormente pela classe trabalhadora, transformando as condições ou as perspectivas de vida razoavelmente segura e estável que lhes eram correspondentes, assim como atingiu também as formas tradicionais de representação e luta política dos trabalhadores. A precarização que se propaga, desde então, incide pesadamente sobre as conquistas que conformaram a condição salarial instituída no marco do fordismo e do Estado de Bem-Estar Social.

Percebemos que a crise do capitalismo e os movimentos promovidos pelo capital para recuperar o padrão de acumulação são referidos reiteradamente como marcos do processo atual de precarização social do trabalho que avança nas diferentes sociedades do capitalismo mundializado. Constituem-se, simultaneamente, num marco para a precarização como um fenômeno social e como um objeto de estudo.

Para compreender o processo de precarização atual, trataremos de caracterizar os aspectos principais da situação de assalariamento que prevaleceu nos trinta anos após a Segunda Guerra Mundial, instituindo os critérios de trabalho estável e protegido no âmbito do capitalismo.

4.2 Fordismo, Estado de Bem-Estar Social e suas particularidades históricas

No período compreendido entre o fim da Segunda Guerra Mundial e meados dos anos 1970, a forma política do Estado reconfigurou-se. O chamado Estado social promoveu políticas de trabalho, saúde e educação e formalizou legislações previdenciárias, trabalhistas e de seguridade social, melhorando as condições de reprodução da força de trabalho sem que se alterasse, entretanto, a exploração como base da relação capital-trabalho. Podemos dizer que as condições sociais estabelecidas em resposta às lutas sociais dos trabalhadores permitiram a continuidade da relação capital nos limites da sociabilidade do Bem-Estar Social.

Em associação ao Estado de Bem-Estar Social, desenvolveu-se um modo particular de organização da produção e das relações laborais: o fordismo. Harvey (2013) qualifica o fordismo e o Estado de Bem-Estar como fenômenos sociais específicos, porém intrínsecos ao modo de produção capitalista e relacionados à necessidade permanente de controle do trabalho pelo capital. O autor chama a atenção para a necessidade de se compreender como um sistema altamente dinâmico e, por decorrência, instável como o capitalista pode parecer homogeneamente ordenado de modo a funcionar coerentemente por um certo tempo.

Tal possibilidade, segundo Harvey (2013 p. 117), é produzida mediante “complexas inter-relações, hábitos, práticas políticas e formas culturais” que concorrem para que seja possível equacionar a dupla condição do sistema econômico capitalista: a anarquia que caracteriza a fixação de preços nos mercados e a necessidade de controlar a força de trabalho, para que esta adicione valor à produção, de modo a gerar lucros para os vários capitalistas envolvidos no processo de valorização, que compreende também o processo de circulação de mercadorias.

Entendemos que o fordismo e o Estado de Bem-Estar combinam formas de organização da produção, da economia, da política, da relação Estado-sociedade, do controle do trabalho, das leis e normas que regulamentam o trabalho, com correspondência na organização e participação política dos trabalhadores e suas instituições representativas. Essa combinação de fatores se materializou de forma variada nas diferentes formações sociais capitalistas, num período de tempo relativamente comum, com maior ou menor força, participação ou presença/ausência de um ou outro componente. Presentes em menor ou maior grau, conseguiram estabilizar o crescimento econômico e aumentar os padrões materiais de vida, obtidos pela associação do Estado de Bem-Estar Social com a administração keynesiana da economia e o controle da relação salarial.

As ideias de Keynes - economista inglês que não acreditava na autorregulação da economia, sendo ele próprio um liberal - opunham-se às ideias liberais sobre o livre mercado predominantes à época. Em linhas gerais, suas ideias divergiam do pensamento que defendia que o mercado, operando livremente, otimizaria os seus resultados e tenderia ao equilíbrio. Keynes defendeu a intervenção do Estado na economia e no mercado, controlando a demanda e a produção, de modo a manter a atividade econômica e a renda em alta, em uma situação de (quase) pleno emprego. Cabia ao Estado, entre outras coisas, utilizar o orçamento público como indutor de investimentos e regular as relações sociais, conforme nos lembra Pereira (2008).

Podemos dizer que o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social encontrou condições de possibilidade na crise econômica da década de 1930, na situação da Europa após a Segunda Guerra Mundial e na difusão do fordismo e das concepções econômicas de Keynes. Harvey (2013) afirma que o fordismo se aliou fortemente ao keynesianismo e essa associação, como indica Castel (2013), possibilitou a inserção dos trabalhadores no âmbito do consumo, principalmente por meio da instituição de um padrão salarial mais elevado. Esse novo patamar de ganhos salariais e os benefícios sociais, associados à redução da jornada de trabalho, permitiram aos trabalhadores duplicar o seu papel no ciclo de valorização do capital: além de fazerem parte do processo de produção de mercadorias, tornaram-se importantes também como seus consumidores, ampliando a escala do consumo⁵⁷.

Antes de Ford, como nos explicam Holzmann e Cattani (2011), Taylor foi responsável por racionalizar a produção, reorganizando-a segundo tempos e movimentos estudados e adotados de forma a otimizar os resultados obtidos pelos trabalhadores numa unidade produtiva. A ideia era produzir o máximo possível, no menor tempo possível, reduzindo os ‘desperdícios’ de tempo e os gastos ‘desnecessários’ de energia da força de trabalho, aumentando a sua produtividade. Seu método – conhecido como taylorismo – ‘aperfeiçoou’ a divisão técnica do trabalho, organizando-o de forma hierárquica, com funções e atribuições definidas e com a separação bem delimitada entre o trabalho intelectual (planejamento e controle da produção) e o trabalho manual (atividades simplificadas, padronizadas e repetitivas).

De sua parte, Ford acrescentou as linhas de montagem mecanizadas ao modo taylorista de organização da produção, o que fez com que o produto passasse a se deslocar, por meio de uma esteira em movimento, pelas várias etapas de produção. O trabalhador passou, então, a permanecer fixo em um lugar, realizando uma tarefa específica no processo produtivo. O trabalho tornou-se mais especializado e repetitivo, porém, muito mais produtivo. Produziam-se carros em série a partir de poucos modelos padronizados. Mas as ideias de Ford extrapolavam o espaço produtivo, abrangendo outros lugares e tempos.

Castel (2013) destaca o papel do fordismo para o estabelecimento da sociedade salarial moderna e assinala que a relação salarial pode assumir diferentes conformações em uma mesma formação social, o capitalismo. Nas palavras do autor:

(...) uma relação salarial comporta um modo de remuneração da força de trabalho, o salário – que comanda amplamente o modo de consumo e o modo de vida dos

⁵⁷ Voltaremos a esse fenômeno mais adiante, quando abordaremos as contradições do desenvolvimento do capitalismo manipulatório e do consumo estranhado, por meio da leitura de Alves (2010).

operários e de sua família -, uma forma da disciplina do trabalho que regulamenta o ritmo da produção, e o quadro legal que estrutura a relação de trabalho, isto é, o contrato de trabalho e as disposições que o cercam. (CASTEL, 2013, p. 419)

Nesse sentido, a relação salarial de tipo fordista parametrizou a sociedade salarial no período do pós-guerra até o início da década de 1970, apresentando-se como importante referência até o presente. Costa (2007) lembra que, à época, as relações de trabalho estruturaram-se tendo como princípio a intervenção do Estado na regulação dos conflitos e interesses de classe, garantindo o direito de representação e de proteção social dos trabalhadores. Segundo a autora, esse padrão de relações baseava-se em três pilares fundamentais:

1) no reconhecimento dos sindicatos e de sua liberdade para realizar barganha coletiva; 2) na institucionalização de uma legislação trabalhista e previdenciária mínima; 3) na criação de uma massiva distribuição de renda via políticas públicas de acesso à saúde, educação, provisão de pensões e seguro desemprego, entre outros. (COSTA, 2007, p. 3)

Castel (2013) confronta a relação salarial de tipo fordista com a relação salarial no início da industrialização, que corresponderia à condição proletária, constituindo-se de uma remuneração mínima para o trabalhador e sua família, que permitia precariamente a reprodução de sua força de trabalho, não lhe provendo o necessário para a prática do consumo. O trabalho era contratado por aluguel, sem garantias legais e com alta rotatividade, uma vez que o trabalhador se movia com frequência em busca de uma remuneração maior, convivendo com períodos de desemprego, principalmente se tivesse meios de sobreviver sem ter que submeter-se à “disciplina do trabalho industrial” (p. 419).

Para Harvey (2013), Ford inovou ao perceber que a produção em massa implica consumo de massa e que estes demandam um novo tipo de trabalhador e uma nova forma de reprodução da força de trabalho, de controle e gerência da produção. É também Harvey (2013) quem nos remete a Gramsci que, ao estudar o americanismo e o fordismo, já indicara que “os novos métodos de trabalho são indissociáveis de um determinado modo de viver, pensar e sentir a vida” (GRAMSCI, 2001, p. 266), ou seja, fazia-se necessário criar um novo tipo de trabalhador.

Braga (2012) alerta sobre o perigo de se confundir a especificidade da proteção salarial que caracterizou a cidadania no fordismo com a relação salarial no capitalismo como um todo. Como assinala Harvey (2013), cada Estado-nação desenvolveu um modo próprio de administrar as relações de trabalho, a política monetária e fiscal, os meios de prover o bem-estar social e de gerir os investimentos públicos. Segundo este autor, as condições que

delimitaram interna e externamente o desenvolvimento dos padrões fordistas de cada sociedade foram, respectivamente, a situação da luta de classes e a posição ocupada na econômica mundial hierarquizada.

Nos limites da relação capital, a garantia da proteção social constituiu-se desigualmente nas diversas condições históricas das formações sociais capitalistas e abrangeu de modo também desigual as diferentes frações da classe trabalhadora, em função principalmente da força política e do grau de organização. O Estado de Bem-Estar Social invisibilizou, para parte da classe trabalhadora mais organizada, a condição estrutural da precariedade e tornou-se parâmetro de condições de trabalho estáveis e protegidas, repercutindo além das fronteiras das principais economias ocidentais.

Harvey (2013, p. 130) descreve a seguinte situação:

As formas de intervencionismo estatal variavam muito entre os países capitalistas avançados (...) Diferenças qualitativas e quantitativas semelhantes [referindo-se aos diferentes tipos de negociação de salários entre os países] podem ser encontradas no padrão de gastos públicos, da organização dos sistemas de bem-estar social (...) e do grau de envolvimento ativo do Estado, em oposição ao envolvimento tácito, nas decisões econômicas. Padrões de descontentamento trabalhista, de organização de fábrica e de ativismo sindical também variavam consideravelmente de Estado para Estado.

No caso das sociedades de capitalismo dependente⁵⁸, o modelo de proteção social promovido pelo Estado de Bem-Estar Social configurou-se mais como um horizonte de direitos a serem conquistados do que como uma realidade. Para a compreensão dessa especificidade, é importante termos em conta o fato de que esses são países de industrialização tardia que, em geral, experimentaram um modelo de desenvolvimento desigual e combinado, caracterizado pela adoção de elementos típicos de economias avançadas que convivem de forma funcional com elementos arcaicos. Uma manifestação é a permanência da estrutura agrária latifundiária, com trabalho temporário e ‘informal’, que se combina ao desenvolvimento tecnológico no campo, constituindo o agronegócio.

⁵⁸ Como entende Limoeiro (2005), Florestan Fernandes, buscando explicar as condições particulares da formação e da transformação da sociedade brasileira, percebe ser necessário situá-la no contexto das relações que a determinam estrutural e dinamicamente e que tais relações, em grande parte, extrapolam os limites nacionais. Esse contexto é o capitalismo, o conjunto historicamente significativo ao qual pertence e no qual se produz a sociedade brasileira. Procurando estabelecer como essa produção se faz, o autor analisa a expansão da formação capitalista em nível mundial e entende que esta passa a formar toda a estruturação e historicidade que, de algum modo, se integre à sua expansão. Ao fazê-lo, o autor percebe diferenças internas à expansão capitalista, caracterizadas pela autonomia ou pela heteronomia, em relação aos movimentos do capital, distinguindo as regiões em centros de dominância da expansão econômica capitalista e em sociedades heteronômicas ou dependentes. O capitalismo dependente é a forma particular que o desenvolvimento capitalista, em sua fase monopolista, assume nas economias dependentes. Corresponde a uma forma específica de integração das economias dependentes aos centros dominantes da expansão capitalista, cuja diferenciação baseia-se na capacidade de dar direção à produção e à reprodução capitalista. O capitalismo dependente, conforme formulado por Fernandes, é, portanto, um conceito simultaneamente estrutural e histórico.

Entre outras coisas, cabe notar também que a superexploração do trabalho nos países de capitalismo periférico foi elemento fundamental para a sustentação dos direitos que os trabalhadores dos países de capitalismo central experimentaram por meio do Estado de Bem-Estar Social (ANTUNES, 2009b). Assim, a situação de economias dependentes coaduna-se com uma posição subalterna na divisão internacional do trabalho.

Em relação ao Estado de Bem-Estar Social, além dessas diferenciações entre países, havia também distinções e insatisfações no interior de uma mesma sociedade que geraram tensões e movimentos sociais contrários a discriminações por raça, gênero, etnia, entre outros fatores de restrição do acesso ao emprego considerado ‘privilegiado’. Como lembra Harvey (2013), as insatisfações cresciam insufladas também pelas expectativas geradas pelo padrão de consumo que boa parte dos trabalhadores não conseguiam alcançar. O autor chama a atenção ainda para o fato de que “outros setores de produção de alto risco ainda dependiam de baixos salários e de fraca garantia de emprego. E mesmo os setores fordistas podiam recorrer a uma base não fordista de subcontratação” (HARVEY, 2013, p. 132).

Navarro (1993) insiste num ponto fundamental que é a demarcação do Estado de Bem-Estar como uma conquista da classe trabalhadora, indicando a luta de classes como o principal determinante da composição e da forma como foi administrada a seguridade social pelo Estado capitalista nos diferentes países. Sendo assim, faz-se essencial considerarmos a correlação de forças entre as classes e as frações de classe, como também, a organização e o grau de autonomia da sociedade civil em relação a cada Estado em particular. Nesse sentido, uma condição importante que possibilitou o desenvolvimento dessa forma de organização estatal nas sociedades modernas foi a ampla socialização da política, a formação da democracia de massa e a diferenciação de uma nova esfera no plano jurídico-político, isto é, o desenvolvimento da sociedade civil, cuja importância foi muito bem percebida por Gramsci (2007). O Estado de Bem-Estar Social é assim entendido como resposta às lutas dos trabalhadores que, cada vez mais organizados, poderiam provocar uma transformação radical da sociedade em detrimento dos interesses das classes hegemônicas, especialmente num contexto de instalação das experiências do socialismo real.

Essa configuração societária mediada e controlada pelas políticas públicas estatais pode ser vista também como uma alternativa conciliatória às reivindicações dos trabalhadores, isto é, um arranjo possível que fizesse frente à ameaça representada pelas experiências socialistas de organização do modo de produção da existência. Segundo Antunes (2009b), o capitalismo viveu trinta anos de glória promovidos por um pacto socialdemocrata que cobrou um alto custo à classe trabalhadora. Firmou-se um compromisso entre capital e trabalho que

teve o Estado como árbitro supostamente neutro e que delimitou o campo da luta de classes, com, pelo menos, duas importantes consequências para os trabalhadores. Estas seriam: primeiro, a renúncia da classe trabalhadora a um projeto próprio de sociedade, em troca de ganhos sociais e seguridade social; segundo, o aprofundamento da segmentação internacional do trabalho pela ampliação da exploração da classe trabalhadora dos países de economia periférica, de modo a gerar recursos que ajudassem a financiar o bem-estar dos trabalhadores nas economias centrais, conforme assinalado anteriormente.

O Estado de Bem-Estar Social seria assim uma resultante, prenhe de contradições, da correlação de forças entre capital e trabalho, do desenvolvimento das forças econômicas, da socialização das instâncias democráticas, da participação política e da permeabilidade da organização estatal às lutas travadas pelos trabalhadores (ou da capacidade dessas lutas fazerem repercutir a pauta dos trabalhadores nas políticas estatais). O principal resultado contraditório das políticas sociais capitalistas consistiria na conversão, ou redução dos horizontes da luta da classe trabalhadora, de projetos de transformação radical da ordem social em pautas de preservação ou conquista de garantias e direitos.

Entretanto, é fato que o quadro composto pelo Keynesianismo, o fordismo e o Estado de Bem-Estar Social (ou Estado interventor, regulador, provedor) com suas restrições e divisões inevitáveis, promoveu um período de expansão estável do capital. Suas características, estratégias e condições principais, construídas no âmbito das relações sociais na sociedade salarial pós-guerra foram: a economia regulada; a ideia do pleno emprego; o trabalho regulamentado com prazo indeterminado, em tempo integral; as condições do trabalho protegido, com certo grau de previsibilidade no que diz respeito à produção, ao processo de trabalho e aos direitos presentes e futuros advindos desse trabalho; e a segurança. As condições que as sustentavam entraram em declínio com a crise do capitalismo deflagrada na década de 1970. A sua desconstrução mostra o trajeto inicial do processo de precarização do trabalho e das relações sociais nos marcos do capitalismo mundializado e financeirizado, desde as três últimas décadas do final do século XX.

4.3 A precarização do trabalho no marco do capitalismo globalizado: flexibilidade, intensidade e desemprego estrutural nos moldes neoliberais

A partir de meados dos anos 1960 até meados dos anos 1970, tornam-se mais agudas as evidências de que o fordismo e o keynesianismo não conseguem conter as contradições que a própria dinâmica do capital produz. Nesse momento, o capitalismo passa a experimentar

uma crise de características distintas, comparativamente às crises anteriores que se alternavam com ciclos de expansão, tendo início um processo longo de crise depressiva. De acordo com Antunes (2009a), o quadro crítico que se forma a partir de então pode ser caracterizado por seis traços marcantes.

O primeiro é a queda da taxa de lucro resultante, entre outros elementos, do preço da força de trabalho que obteve um aumento significativo durante os chamados ‘anos gloriosos’ e também, das lutas sociais que, no final dos anos 1960, disputavam o controle social da produção. A redução dos níveis de produtividade contribuiu para que essa tendência decrescente se acentuasse.

O segundo traço corresponde ao esgotamento do padrão de acumulação de base taylorista-fordista vigente na produção capitalista à época. Esse fenômeno expressa a incapacidade do sistema de enfrentar a crescente retração do consumo, decorrente do desemprego estrutural que começava a se configurar.

O terceiro é a expansão do capital financeiro que obtém autonomia em relação aos capitais produtivos e se torna hegemônico na totalidade do sistema capital, durante o novo período de internacionalização. A hegemonia do capital financeiro imprime uma era inédita de especulação e valorização do capital, na forma predominante de capital fictício.

O quarto diz respeito ao aumento na concentração de capitais decorrente das fusões que envolveram empresas monopolistas e oligopolistas.

O quinto é a crise do Estado de Bem-Estar Social, da sua dinâmica e de seus dispositivos de organização e funcionamento. Essa crise se desdobra em outra: a crise fiscal do Estado capitalista que provoca a contenção dos gastos públicos e o seu deslocamento para a esfera privada do capital.

O sexto traço combina um conjunto de elementos: o processo ampliado de privatizações, a promoção de desregulamentações generalizadas e a flexibilização que engloba o processo produtivo, os mercados e a força de trabalho.

Em relação ao trabalho, Antunes (2009a) nos adverte que a autonomia do capital financeiro em relação ao capital produtivo é somente relativa, o que significa dizer que o primeiro tem que ter algum lastro no segundo e, por isso, não pode prescindir do trabalho. Destarte, paralelamente ao ‘novo’ padrão de acumulação flexível, tem início um processo de corrosão e erosão do trabalho, uma verdadeira ofensiva que tem como alvo prioritário a destruição dos direitos sociais do trabalho.

Nesse processo, difunde-se a ideia de que o novo período de crise do capital, com configuração estrutural, e os problemas para a realização da acumulação capitalista são

devidos, principalmente, a um quadro geral de rigidez nas mais diversas áreas: no investimento de capital, na produção, no mercado de trabalho e nos compromissos e gastos públicos do Estado com as políticas sociais. Como vimos em Harvey (2013), eram considerados rígidos os investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo em sistemas de produção em massa, com pouca flexibilidade de planejamento e que supunham um crescimento estável em mercados de consumo sem variações. No mercado de trabalho, a rigidez residia na regulamentação, nos contratos praticados e nas formas de alocação da força de trabalho. E, finalmente, encontrava-se rigidez na atuação do Estado, atribuída aos compromissos crescentes com os gastos sociais, num momento em que a arrecadação fiscal sofria restrições.

Entrava em colapso o chamado pacto entre capital, trabalho e Estado que possibilitara a estabilidade necessária à expansão do capital em condições fordistas e keynesianas de produção e poder e que propiciara um padrão remuneratório maior, mais estabilidade e segurança para a classe trabalhadora. A configuração que a precarização do trabalho assume hoje resulta, em boa parte, das transformações operadas desde então no mundo do trabalho, nas esferas políticas, econômicas e sociais, modificando as bases da relação salarial e as formas de sociabilidade humana, de um modo geral.

Diante do diagnóstico da rigidez como um elemento estruturante das dificuldades que o capitalismo passou a apresentar, o principal remédio proposto não recebeu outro nome senão o da ‘flexibilidade’. Durante os anos 1970 e 1980, inicialmente nos países de capitalismo central, foram desenvolvidos os ajustes econômicos, sociais e políticos que tornassem viáveis as necessidades da chamada acumulação flexível⁵⁹. Para mitigar a crise do capital, deveria ser construída uma transição rápida do fordismo para esse novo tipo de acumulação, ou seja, uma reestruturação produtiva que implicava um movimento amplo de flexibilização em diversos âmbitos das relações sociais, tanto econômicas, quanto culturais, especialmente do sistema produtivo, da legislação trabalhista e do mercado de trabalho.

⁵⁹ Alves (2011) relativiza a questão da flexibilidade, lembrando que esta é uma característica constitutiva da produção capitalista: flexibilizar ou revolucionar constantemente as condições de produção, especialmente da força de trabalho. Nesse sentido, o complexo de reestruturação produtiva que se desenvolve no marco da acumulação flexível não seria mais do que uma expressão dessa característica. Não se trataria de uma ruptura com o padrão de desenvolvimento anterior, mas de uma “reposição de elementos essenciais da produção capitalista em novas condições de desenvolvimento capitalista e de crise estrutural do capital” (ALVES, 2011, p. 15). Entretanto, o autor assevera que se configura “uma nova materialidade do capital na produção, um novo espaço-tempo para a exploração da força de trabalho adequado à nova fase do capitalismo global sob o regime de acumulação financeirizado” (ALVES, 2011, p. 16).

Essas mudanças extrapolaram em muito o âmbito da produção. A globalização⁶⁰, as políticas de cunho neoliberal, a ampla reestruturação das atribuições e do modo de funcionamento do Estado, assim como do escopo, da abrangência e das finalidades das políticas públicas e da forma de ofertá-las são alguns fenômenos que compõem o quadro de ajustes estruturais. Esses ajustes se realizaram mediante importantes modificações legislativas, especialmente, com viés de desregulamentação do trabalho, de liberalização da economia, e de descontrole sobre o capital financeiro, suas movimentações e operações.

De acordo com Antunes (2009a), o capitalismo responde à própria crise iniciando um processo de reorganização que abrange o capital e o seu sistema ideológico e político de dominação, uma vez que a crise econômica corresponde a uma crise no padrão de dominação de classe que se manteve razoavelmente estável, desde o fim da Segunda Guerra Mundial até o início dos anos 1970. Nesse processo, destacam-se a adoção do neoliberalismo, o avanço da privatização sobre o Estado, inclusive com a tomada do setor produtivo estatal pelo setor privado, e a promoção de medidas e mudanças legislativas que desregulam os direitos do trabalho.

Tais transformações se viabilizaram em escala mundial mediante o poder coercitivo das grandes potências econômicas, com o protagonismo dos Estados Unidos, por meio de práticas imperialistas, impondo as políticas de seu interesse aos diversos países com os quais mantinham relações comerciais, em geral assimétricas, especialmente, aos países endividados ou conquistados militarmente. Para tanto, contaram com o auxílio das agências internacionais – principalmente do Banco Mundial, do Fundo Monetário Internacional e da Organização Mundial do Comércio – que negociavam financiamentos e dívidas e arbitravam relações comerciais, condicionando-os à adoção das medidas políticas e econômicas do receituário neoliberal. Como nos explica Bourdieu (2001), foram difundidas massivamente as ideias que corroboravam as mudanças propostas, com ampla participação da mídia hegemônica, o que possibilitou que tais mudanças se apresentassem como inevitáveis, voltadas para o bem comum e, não, vinculadas aos interesses particulares do capital.

⁶⁰ Chesnais (1996) prefere a expressão “mundialização do capital” como sendo a que melhor corresponde à substância do termo globalização. A mundialização do capital diz respeito ao processo de integração dos mercados financeiros em âmbito internacional, possibilitada pela liberalização e desregulamentação promovida nos mercados nacionais, tanto para as atividades empresariais de grupos industriais multinacionais e os fluxos comerciais correspondentes, mas também a liberalização monetária e financeira. Uma vez abertos, os mercados puderam se integrar em tempo real, a partir das possibilidades desenvolvidas com as novas tecnologias informacionais. Refere-se a uma totalidade sistêmica que remete ao capital como unidade diferenciada e hierarquizada sob o domínio do capital financeiro. Nesse processo, os Estados nacionais permanecem, porém reconfigurados e sob os efeitos dos fatores acentuados de hierarquização entre os países.

Segundo esse mesmo autor, era fundamental converter os Estados nacionais à ideologia das políticas neoliberais para que estes realizassem as reformas nas estruturas econômicas, políticas, sociais e jurídicas dos países, segundo o modelo norte-americano. Deveriam ser derrubadas as barreiras legais que dificultavam o livre trânsito do capital financeiro, liberalizar o mercado e permitir que o capital extraísse o maior lucro possível, com a ampliação das possibilidades de exploração da força de trabalho local.

A globalização (ou a mundialização do capital) cumpriu um papel fundamental nesse sentido, acrescenta Bourdieu. Alavancada pelo desenvolvimento tecnológico no campo das comunicações e apresentada como o processo que diminuiria as distâncias entre as nações, facilitaria as trocas culturais e unificaria o campo econômico mundial, a globalização passou a cumprir um papel normativo. Indicou as medidas a serem tomadas pelos Estados no campo jurídico e político, visando eliminar as regulações e abrir as fronteiras nacionais para as empresas e os investimentos internacionais atuarem livremente em seus territórios.

A privatização e a liberalização do mercado foram difundidas até o ponto de sua naturalização como condições indispensáveis à estabilização econômica e à retomada do crescimento, conforme aponta Harvey (2014). Por contraste, foram duramente atacadas as políticas sociais de caráter universal, apelidadas de ‘assistencialistas’, fonte de desperdício de recursos, antagonizadas com a ideia do sucesso pelo ‘esforço individual’.

O Estado foi acusado de incompetente, com tamanho excessivo, apregoando-se a sua retirada dos setores e das atividades que apresentavam potencial lucrativo, mas que se encontravam sob o controle público-estatal. A privatização, lembra Bourdieu (1998), foi proclamada como a solução mais eficiente e econômica para a gestão dos bens e serviços públicos e implicou a perda das conquistas coletivas alcançadas no período do pós-guerra. A liberalização dos mercados nacionais favoreceu as práticas predatórias do capital internacional, promovendo mais subordinação e dependência na relação com os países de industrialização tardia.

Harvey (2014, p. 130) chama a privatização de “o braço armado da acumulação por espoliação”, processo que se mantém ao longo de todo o desenvolvimento do capitalismo, instituindo continuamente novos mecanismos. A espoliação se dá, por exemplo, por meio da expulsão do homem do campo que passa à condição de operariado desprovido de terra; da substituição da agricultura de base familiar pelo agronegócio; da privatização de recursos naturais, de uso coletivo, como a água, e de bens e serviços públicos; da extinção de formas de produção e consumo não inseridos na lógica da acumulação capitalista; entre outros

fenômenos que avançaram particularmente nos países que se inserem de modo subordinado na divisão internacional do trabalho.

Assim como no passado, tais processos acontecem no marco de uma nova legalidade forjada em seu benefício, ou ao arrepió da lei. São promovidas as alterações legais necessárias, auxiliando a legitimação do pensamento que os justifica e da ação repressiva do Estado contra as forças sociais que a eles se opõem. Nesse contexto de espoliação, destacamos que:

A regressão dos estatutos regulatórios destinados a proteger o trabalho e o ambiente da degradação tem envolvido a perda de direitos. A devolução de direitos comuns de propriedade obtidos graças a anos de luta de classes (o direito a uma aposentadoria paga pelo Estado, ao bem-estar social, a um sistema nacional de cuidados médicos) ao domínio privado tem sido uma das mais flagrantes políticas de espoliação implantadas em nome da ortodoxia neoliberal. (HARVEY, 2014, p. 123)

O neoliberalismo projeta a limitação do Estado basicamente às funções de segurança, justiça e polícia, reduzindo a sua participação direta em atividades produtivas e na promoção de políticas sociais. De acordo com Oliveira (1988), busca restringir a presença do fundo público na reprodução da força de trabalho e aprofundar a sua destinação ao financiamento da acumulação de capital. Sua cartilha prega a privatização de estatais, a redução dos gastos públicos, a desregulamentação do mercado de trabalho, a liberalização do mercado interno e do comércio internacional e a abertura das economias nacionais para os investimentos estrangeiros, entre outras medidas de ajuste.

No plano da produção, operou-se uma ampla reestruturação, com modificações importantes na gestão e na organização do processo de trabalho, em relação ao sistema fordista. Apesar de não se extinguir, ao contrário, permanecendo combinada às novas formas de organização da produção, a racionalidade fordista perdeu sua hegemonia para outra racionalidade, baseada principalmente no chamado toyotismo⁶¹.

Como nos lembra Harvey (2013), em termos organizativos, a produção fordista consiste em um processo uniforme e padronizado de produção em massa de bens homogêneos e duráveis, realizada com integração vertical e, em alguns casos, horizontal, com estoques grandes e tempos longos de produção, que podem ser ampliados devido a defeitos em peças e pontos de estrangulamento no estoque. A redução de custos geralmente se baseia no controle dos salários e a força de trabalho empregada é numerosa. O espaço de produção é especializado e há um alto grau de especialização também das tarefas. O trabalhador realiza

⁶¹ Segundo Antunes (2009c), seu nome remete ao seu desenvolvimento inicial na fábrica japonesa da Toyota. O toyotismo é conhecido também como ohnismo, derivado de Ohno, engenheiro que o desenvolveu na referida fábrica. Trata-se de um modelo de produção convergente com o regime de acumulação flexível do capital.

geralmente uma única atividade, com pouco ou nenhum treinamento para tal, havendo uma tendência a reduzir ao mínimo a sua responsabilidade sobre o trabalho, mediante o seu disciplinamento.

Na vigência do fordismo, segundo esse autor, o pagamento praticado é baseado em critérios que integram a definição do emprego e as negociações com os trabalhadores se fazem de forma coletiva, com a intermediação do Estado. Os ganhos salariais são complementados com os ganhos sociais promovidos pelo Estado social que regula a produção e o mercado e regulamenta o trabalho, com um arcabouço jurídico-legal estruturado.

Em contraste, no contexto da crise estrutural do capital, o toyotismo busca, em linhas gerais, reduzir ao máximo os custos, ‘enxugar’ a empresa, otimizar o uso dos recursos e o tempo da produção. Em vez da produção em série e em massa, passa-se à produção deflagrada a partir da demanda, de pequenos lotes de produtos variados, processo conhecido como customização da produção. Para tanto, adota-se o sistema *just in time*, que diminui o tempo de produção para atender os prazos da demanda, associado ao controle de estoques, administrados de forma a conterem o mínimo possível de matéria-prima e peças intermediárias, cuja reposição é feita mediante o sistema *kanban* – um conjunto de senhas manuais ou eletrônicas que indicam o andamento do fluxo da produção, permitindo o seu controle em detalhes e informando o que, quando e quanto produzir, conforme nos explica Franzoi (2011a; 2011b).

Segundo essa autora, o desenho das fábricas é transformado, passando das seções definidas com suas máquinas idênticas para um conjunto de células independentes que se relacionam como cliente e consumidor, de modo que forneçam entre si o que é necessário para a produção, sempre a partir do que é demandado e, não, segundo um planejamento prévio como no fordismo. Trata-se de um sistema integrado de produção flexível, organizado de forma horizontalizada, cujo funcionamento inverte a lógica da produção fordista: não é a produção que orienta a demanda, mas o contrário.

As empresas exteriorizam etapas da produção, sendo comum a terceirização e a subcontratação de outras empresas, para a realização de atividades meio e fim, reduzindo ao mínimo a força de trabalho contratada por tempo indeterminado. Outro processo adotado é a desterritorialização da produção, quando empresas se mudam em busca de vantagens fiscais ou de contratos de trabalho mais favoráveis, com salários menores ou relações de trabalho menos reguladas com os trabalhadores.

Acompanhando a revolução da microeletrônica, amplia-se a incorporação da informática e dos recursos tecnológicos de comunicação e automação nas atividades

produtivas que passam a requerer mais do trabalhador no campo do conhecimento, da chamada inteligência prática e da emoção. Entretanto, segundo Dal Rosso (2008), a inteligência do trabalhador não é utilizada em seu benefício, para promover a sua autonomia, mas para colocá-lo sob o controle de novos aspectos da produção toyotizada: controlar defeitos e eliminar perdas, ser responsável por várias máquinas ao mesmo tempo e colocar a sua criatividade a serviço da empresa.

Como apontam Alves (2011) e Antunes (2009c), as mudanças implementadas exigem um trabalhador com atributos diferentes em relação ao que se desenvolveu no âmbito das relações tayloristas/fordistas de produção. Busca-se um trabalhador mais escolarizado e qualificado, menos especializado, polivalente, capaz de realizar múltiplas tarefas, operando, por exemplo, diversas máquinas, o que rompe com a relação homem/máquina que estruturava o processo produtivo no taylorismo/fordismo. A gestão passa a se interessar pelos atributos pessoais do trabalhador, como a capacidade de se ajustar às mudanças contínuas e de trabalhar em equipe, de forma participativa, em processos de trabalho que requerem a socialização e a cooperação. Dessa forma, a subjetividade do trabalhador é valorizada na medida em que esta possa trazer benefícios ao processo produtivo.

O desenvolvimento tecnológico que permitiu a informatização das empresas, aumentou a produtividade e ampliou a extração de mais-valia relativa, contribuiu também para o desemprego estrutural, por meio do enxugamento de postos de trabalho. Ao mesmo tempo, o trabalho sofre um processo de desqualificação, resultante da incorporação dos conhecimentos do trabalhador nos sistemas informatizados. Mais trabalho vivo é transformado em trabalho morto, portanto, menos trabalhadores são empregados e ampliam-se as possibilidades de incorporação de trabalhadores pouco qualificados em postos de trabalho simplificados e precarizados.

A gestão do trabalho ganha um verniz democrático pela introdução de mecanismos de participação. Segundo Ferro e Grande (1997), um desses mecanismos são os Círculos de Controle de Qualidade (CCQ), grupos compostos por trabalhadores, de forma ‘voluntária’, nos quais se estimula a discussão de problemas e a proposição de soluções que aprimorem a produção. Dessa forma, esses espaços funcionam como instrumento de captação dos conhecimentos tácitos dos trabalhadores, aprimorando o processo de apropriação pelas empresas de capacidades intelectuais e cognitivas desenvolvidas pelo trabalhador em relação ao seu trabalho.

Aparentemente mais democrática, a gestão do trabalho num regime de acumulação flexível pratica o que Sennett (1999) chama de uma concentração sem centralização de poder.

Em vez de serem controlados fisicamente, ou “cara a cara”, como diz o autor (p. 68), os trabalhadores são controlados eletronicamente, muitas vezes à distância, graças à informatização dos processos de trabalho. Ainda que o trabalho seja descentralizado, como é o caso do trabalho em casa (*home office*), o poder sobre o trabalhador se exerce mais diretamente pois faz parte dos sistemas que ele opera no processo de trabalho.

Um outro aspecto destacado pelo autor sobre o novo regime de acumulação é a especialização flexível, ou seja, o processo por meio do qual as empresas buscam colocar no mercado produtos cada vez mais variados, num tempo cada vez menor. Isso é obtido pela interação entre empresas de porte relativamente pequeno que se adaptam mais facilmente às alterações na demanda de consumo. Essas empresas desenvolvem relações simultâneas de cooperação e competição e ocupam temporariamente espaços no mercado, conforme seja a duração da vida fugaz dos produtos. A necessidade de inovação permanente para atender à volatilidade da demanda do mercado faz com que as atividades de responsabilidade de um trabalhador mudem constantemente. Concordando com Harvey (2013), compreendemos que, para a acumulação flexível, torna-se estratégica a flexibilização dos processos de trabalho e dos mercados de trabalho, compatibilizando-os com padrões de consumo e produtos também flexíveis.

O regime flexível baseia-se ainda na reinvenção descontínua de instituições⁶² que implica a mudança permanente realizada com o auxílio dos programas informatizados que, ao padronizarem os procedimentos, permitem que se visualize mais facilmente repetições ou ineficiências. A reengenharia, segundo Sennett (1999), é uma forma de realizar essas mudanças que, na verdade, significa uma reestruturação administrativa com redução de pessoal, que torna a empresa mais ‘compacta’ ou ‘enxuta’, por meio de demissões, passando a exigir dos trabalhadores que se mantêm empregados mais trabalho, ou seja, realizar o mesmo ou mais trabalho com menos pessoal.

No que diz respeito à força de trabalho, Alves (2013) explica que a reestruturação produtiva exige também a flexibilização do aparato legislativo, da regulamentação social e sindical, o que entendemos ser necessário para alargar o espaço para a precarização do trabalho no marco da legalidade. Desse modo, a flexibilidade torna-se a principal característica tanto do sistema ocupacional quanto dos novos formatos de contratação do trabalho, constituindo-se em um meio estratégico para a acumulação capitalista, um vetor

⁶² Segundo Sennett (1999), a reinvenção descontínua de instituições, a especialização flexível e a concentração de poder sem centralização são os três elementos que constituem o sistema de poder nas formas modernas de flexibilidade.

privilegiado de ampliação da exploração da força de trabalho, conforme apontam Castro et al (2006).

A competição é incentivada e a *performance* individual é monitorada e premiada, adotando-se mecanismos de avaliação e de pagamento por desempenho, ou por produtividade, com ganhos variáveis que não compõem o salário. Os exemplos desse tipo de remuneração extrassalário estão tanto no setor privado, quanto no público: é o caso da participação nos lucros paga aos trabalhadores nas empresas privadas em função das metas alcançadas, assim como da gratificação por desempenho, instituída e praticada em instituições públicas, inclusive da saúde, visando impulsionar o atingimento de metas.

De acordo com Antunes (2011), o mundo do trabalho altera-se quantitativa e qualitativamente. Ao mesmo tempo em que se amplia em escala mundial o desemprego estrutural, com diminuição do emprego principalmente no setor industrial, que resultou na diminuição da classe operária chamada tradicional; aumenta o trabalho assalariado no setor de serviços e crescem as formas precarizadas de trabalho parcial, temporário, subcontratado e terceirizado, que caracterizam a intensificação da subproletarização. Outros aspectos desse processo de mudanças a serem destacados são o crescimento da participação do trabalho de mulheres, o desemprego de jovens qualificados e o aumento da informalidade. Esses fenômenos em conjunto caracterizam uma maior heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora, configurando uma nova morfologia do trabalho.

Observa-se um “movimento pendular” que passa a configurar a classe trabalhadora: de um lado, “cada vez menos homens e mulheres trabalham muito” e do outro, “cada vez mais homens e mulheres trabalhadores encontram menos trabalho”, sujeitando-se a qualquer forma de trabalho mundo afora (ANTUNES, 2005, p. 17). Essa situação fragiliza os trabalhadores que se tornam mais vulneráveis às ações desmedidas do capital no sentido da exploração de sua força de trabalho. Segundo o autor, os trabalhos parciais, precários e temporários e o desemprego já são a realidade de aproximadamente um terço da força de trabalho humana disponível no mundo.

A descontinuidade é um traço marcante desse processo. Harvey (2013) fala de uma nova forma de perceber, sentir e se relacionar com o espaço e o tempo em que as distâncias espaciais se reduzem, a comunicação se intensifica e o tempo se acelera, com experiências de curta duração. É um fenômeno que acompanha o compasso da produção volatizada, globalizada, com seu tempo de giro, de consumo e de troca extremamente acelerados. Tudo circula numa velocidade muito maior, inclusive os trabalhadores, num processo de produção que flexibiliza todas as esferas, principalmente, a do trabalho.

Intensificam-se as formas descontínuas de trabalho – o trabalho temporário, o contrato com prazo determinado. A novidade dessas formas precárias de emprego consiste na sua originalidade jurídica, revelando um movimento de institucionalização legal de empregos sem a estabilidade salarial, sem as garantias estatutárias e sem a proteção social típicas dos contratos por tempo indeterminado. Para Queiroz (2013, p. 51), “a inscrição jurídica da intermitência do tempo de trabalho, via formas temporárias, institucionaliza social e juridicamente a descontinuidade”. Nós entendemos que se trata de um processo de incorporação na legalidade do que o ‘mercado de trabalho’ tem realizado na prática.

A legalização das formas descontínuas de trabalho, alerta-nos Queiroz (2013), oferece ao capital um instrumento poderoso para realizar os ajustes que lhe convêm na gestão do trabalho, permitindo, por exemplo, que as empresas não remunerem o tempo não-trabalhado. Se há paralisação ou diminuição da atividade produtiva, há redução na demanda por força de trabalho e a empresa deixa de contratar, demite ou interrompe contratos conforme suas necessidades, o que torna o trabalhador ainda mais suscetível às oscilações econômicas e sujeito ao controle e à exploração pelo capital. A empresa, por sua vez, se desonera da força de trabalho excedente, ao mesmo tempo em que potencializa a sua capacidade de dominação e subordinação sobre o trabalhador.

Segundo Druck (2011), a diminuição da parcela dos trabalhadores formais, típicos do setor industrial, que compunham a maioria dos grandes sindicatos, a multiplicidade das formas de inserção no trabalho, a ampliação dos contratos provisórios, a heterogeneidade e a fragmentação da classe trabalhadora, a desregulamentação do mercado de trabalho e a individualização dos processos de negociação têm afetado também as formas tradicionais de representação dos trabalhadores, enfraquecendo ainda mais a sua capacidade de resistência e luta.

Os efeitos desse processo se projetam nos meios de organização e luta da classe trabalhadora, alvos da ideologia neoliberal que, ao mesmo tempo, reforça o individualismo e as ‘leis do mercado’ e desqualifica as ações solidárias e os coletivos políticos. O enfraquecimento das organizações representativas e suas formas históricas de luta é produto também da dissolução das experiências reais dos países do chamado bloco socialista e da utopia que representavam. São marcos emblemáticos desse momento a queda do muro de Berlim em 1988 e a extinção da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas em 1991, conforme nos lembra Alves (2013).

Multiplicaram-se os tipos de vínculo, restringiram-se os direitos, flexibilizaram-se os salários, modificaram-se o processo de trabalho e a relação do trabalhador com a empresa e os

outros trabalhadores, alterou-se a composição da classe trabalhadora em aspectos quantitativos e qualitativos e romperam-se formas históricas de solidariedade e ação conjunta entre os trabalhadores, cada vez mais heterogêneos e multifacetados, ampliando a experiência da insegurança. Essas são algumas das frentes que compõem o processo de precarização no contexto de hegemonia das políticas neoliberais, da economia globalizada e da acumulação flexível.

A precarização, associando a insegurança às exigências das novas formas de organização do trabalho, à corrosão das relações de trabalho, ao enfraquecimento das formas coletivas de representação, ao desmonte dos direitos e da proteção social, entre outros aspectos, compromete os vários trabalhadores, empregados ou não, transformando-se em um vetor de sofrimento e adoecimento, que afeta as múltiplas dimensões da vida do homem-que-trabalha.

Segundo Bourdieu (1998), a sua dimensão ampliada, a sua generalização nas diversas formações sociais e a sua capilarização nas diferentes dimensões da vida humana denotam a precarização como um processo que afeta países ricos e pobres (ainda que de modo distinto) e apontam para a reprodução da precariedade em escala mundial. Generalizada como uma insegurança, ao mesmo tempo objetiva e subjetiva, a precariedade afeta tanto aqueles diretamente atingidos pelo desemprego ou pelas formas de emprego consideradas atípicas, quanto os que ela não alcança imediatamente. Esses últimos são envolvidos principalmente pelo temor que a precariedade instaura.

Esse autor chega a afirmar que a precariedade se encontra atualmente em toda parte:

No setor privado, mas também no setor público, onde se multiplicaram as posições temporárias e interinas, nas empresas industriais e também nas instituições de produção e difusão cultural, educação, jornalismo, meios de comunicação etc., onde ela produz efeitos sempre mais ou menos idênticos, que se tornam particularmente visíveis no caso extremo dos desempregados: a desestruturação da existência, privada, entre outras coisas, de suas estruturas temporais, e a degradação de toda a relação com o mundo e, como consequência, com o tempo e o espaço. (BOURDIEU, 1998, p. 120)

Vasapollo (2005a e 2005b) também enfatiza as proporções diferenciadas do processo de precarização social em curso no presente e o mal-estar que se generaliza mediante a sua expansão:

A nova organização capitalista do trabalho é caracterizada cada vez mais pela precariedade, pela flexibilização e desregulamentação, de maneira sem precedentes para os assalariados. É o mal-estar do trabalho, o medo de perder o próprio posto, de não poder mais ter uma vida social e de viver apenas do trabalho e para o trabalho, com a angústia vinculada à consciência de uma evolução tecnológica que não

resolve as necessidades sociais. É o processo que torna precário todo o viver social. (VASAPOLLO, 2005b, p. 375)

Percebemos, portanto, que a literatura destaca e analisa a particularidade do processo de precarização contemporâneo, considerando: as novas formas que este problema assume, o seu alcance, a sua generalização em escala global, a sua capilarização nas diversas dimensões da vida humana e a centralidade que desempenha no funcionamento do sistema mundial do capital.

A partir deste ponto, veremos como este fenômeno multifacetado se apresenta na realidade brasileira.

4.4 A precarização do trabalho no Brasil: condição estrutural com novas formas e dimensões

Para Alves (2007), é importante distinguirmos e compreendermos historicamente a precariedade estrutural, a precarização e a nova precariedade do trabalho no Brasil, considerando as determinações causais de primeira, segunda e terceira ordem.

Segundo esse autor, as determinações causais de **primeira ordem** remetem à condição de país capitalista inserido no mercado mundial. Dizem respeito às condições estruturantes do modo de produção capitalista que incluem: a propriedade privada, a divisão hierárquica do trabalho, a divisão da sociedade em classes sociais e a apropriação desigual da riqueza produzida. Mas tais determinações explicam somente parcialmente as especificidades dos fenômenos em questão no território nacional.

As determinações sociais de **segunda ordem** são justamente as condições concretas relativas ao modo particular pelo qual o capitalismo se objetiva no Brasil e às especificidades da constituição da sociedade burguesa brasileira. Elas nos permitem compreender porque a desigualdade social e a concentração de renda, comuns aos países capitalistas industrializados como o nosso, atingem aqui graus tão elevados. Nessa dimensão, o autor destaca a via colonial-escravista da nossa formação social capitalista e o caráter dependente e subalterno da economia brasileira produtora de mercadorias.

A formação colonial-escravista operou uma clivagem racial cujas marcas se estendem e se reproduzem após a extinção formal da escravatura no país, no final do século XIX⁶³, com efeitos duradouros. Algumas condições se sobrepõem: a abolição como foi feita, sem a preparação dos escravos ‘libertos’ para o trabalho assalariado; a restrição à posse das terras

⁶³ Cumpre lembrar que o Brasil foi o último país a abolir a escravidão no continente americano.

públicas, exclusivamente adquiridas por meio de compra (Lei da Terra de 1850) que concentrou as terras nas mãos de poucos e excluiu a maioria dos trabalhadores; e a opção pela utilização de imigrantes brancos nos polos dinâmicos da indústria. Associadas, essas condições delimitaram o processo de inserção dos proletários negros na economia e na ordem política brasileira, a sua posição subalterna no mercado de trabalho no campo e na cidade, compondo o contingente social ‘sobrante’, grupo mais atingido pela superexploração do trabalho.

Fernandes (1986) aponta a interdependência entre a raça (cor) e as classes sociais em nosso país, conformando a dupla barreira que os afrodescendentes enfrentam na sociedade brasileira e que se expressa em diferentes (piores) condições de acesso à escolaridade, à profissionalização, aos postos de trabalho, à remuneração, entre outros aspectos da valorização social. A máxima ‘a classe social no Brasil tem cor’ não é figura de linguagem.

Mazzeo (2015) lembra que, na América Latina em geral, a questão social carrega a marca da pobreza, derivada da perversa desigualdade estrutural que conformou as sociedades americanas de colonização ibérica e estrutura escravocrata, cujas metrópoles – Portugal e Espanha - estabeleceram uma relação de intensa exploração com suas respectivas colônias.

Prado Jr (2000) indica o sentido da colonização brasileira, relacionando o tipo de exploração praticado no Brasil com o processo de acumulação primitiva que transcorria nas metrópoles, explicitando como esta relação se expressa nas particularidades de nossa formação social. Fomos instituídos como colônia para prover a metrópole de determinados recursos naturais, produtos agrícolas e recursos minerais, integrando uma grande empreitada comercial. A escravidão dos povos africanos e indígenas é praticada com a finalidade de explorar comercialmente os territórios e as riquezas do continente americano,⁶⁴ deixando marcas profundas na organização social brasileira por toda a sua história.

Fernandes (2009) chama a atenção também para o fato de que, no Brasil, as classes sociais se desenvolveram nos marcos de um capitalismo dependente, apresentando, por esse motivo, dois polos de dominação burguesa – um interno e outro externo - que se aliam. O polo interno diz respeito às classes dominantes brasileiras que defendem seus privilégios alicerçados em extensa concentração de riqueza e prestígio social, com perfil político autocrático e noções particularistas de democracia. O polo externo é representado pelas classes hegemônicas das economias capitalistas centrais que atuam sistematicamente para conquistar ou preservar seus interesses no exterior.

⁶⁴ Note-se que os escravos, transformados em mercadoria, deram base também a um comércio altamente rentável.

A articulação entre esses polos se dá de forma conciliatória, de modo que a classe dominante brasileira abre mão de ter um projeto próprio de desenvolvimento nacional e autossustentado, para associar-se de forma subordinada, como sócia minoritária, das classes hegemônicas dos países de economia central. O saldo é pago pelas classes trabalhadoras cuja exploração precisa sustentar ambos os interesses - da burguesia nacional e internacional.

O Brasil se inseriu de modo subalterno no contexto econômico e político mundial dos países industrializados, subsumindo seus interesses aos interesses imperialistas das nações dominantes - a Inglaterra, no século XIX, e os Estados Unidos, a partir do século XX. (ALVES, 2007) A subalternidade aos interesses dos centros econômicos imperialistas e o caráter autocrático da burguesia brasileira, baseado numa estrutura de poder oligárquico, fortemente repressor de qualquer movimento contrário à ordem social vigente que sustentava os latifúndios e a grande indústria brasileira, formaram os moldes nos quais o trabalho assalariado se desenvolveu no Brasil.

Segundo Marini (2000), a dependência se caracteriza quando nações formalmente independentes estabelecem entre si uma relação de subordinação, por meio da qual as relações de produção das nações subordinadas se modificam ou são recriadas a fim de garantir a reprodução ampliada da dependência. Na constituição de um sistema econômico mundial, as economias nacionais se integram de forma desigual. Partes do sistema se desenvolvem às expensas de restrições ao desenvolvimento de outras partes. Esse processo configura uma dinâmica de intercâmbio desigual, na qual o excedente produzido nos países dependentes é transferido para os países dominantes, seja sob a forma de lucro ou sob a forma de juros, o que implica pouco controle dos países dependentes sobre os recursos de que dispõem.

Os mecanismos de transferência de valor das economias ‘periféricas’ para as economias ‘centrais’ são meios de apropriação e acumulação, pelo ‘centro’, da mais-valia produzida na chamada ‘periferia’. Essa expropriação de valor da ‘periferia’ pelo ‘centro’ precisa ser compensada internamente, no processo de acumulação interna de capital, pela geração de mais excedente. Como essa compensação não se dá no nível das relações de mercado, a partir do desenvolvimento da capacidade produtiva desses países, ela se opera mediante a superexploração da sua força de trabalho.

Segundo Marini (2000) e Amaral e Carcanholo (2009), a superexploração da força de trabalho demarca a condição de dependência dos países da ‘periferia’, como o Brasil, em relação aos países do ‘centro’ do capitalismo mundial. Faz-se pela exacerbação dos mecanismos de extração de mais-valia que consistem principalmente: na intensificação do trabalho, no prolongamento da jornada de trabalho, na apropriação de parte do fundo de

consumo do trabalhador pelo capitalista e no não pagamento do trabalhador de acordo com o aumento do valor da força de trabalho produzido historicamente.

A intensificação do trabalho exige maior dispêndio de energia do trabalhador para ampliar quantitativa ou qualitativamente os resultados do trabalho, considerando a mesma duração da jornada, de forma que o trabalhador é levado a produzir mais valor, num mesmo período de tempo. A ampliação da jornada de trabalho implica o aumento do tempo de trabalho excedente, ou seja, aumenta a participação no processo de produção do trabalho que não corresponde à produção dos meios de subsistência do trabalhador. Na apropriação de parte do fundo de consumo do trabalhador pelo capitalista estão implicadas condições mediante as quais a classe capitalista pode impor uma queda nos salários abaixo do equivalente ao valor da força de trabalho. Uma dessas condições é a existência do exército industrial de reserva, constituído por trabalhadores desempregados que representam uma ameaça aos trabalhadores empregados, uma vez que poderiam substituí-los aceitando uma remuneração inferior. O não pagamento do trabalhador de acordo com o aumento do valor da força de trabalho subentende que o valor da força de trabalho aumenta em decorrência do avanço das forças produtivas e das necessidades humanas, mas se o capitalista não pratica o pagamento total desse valor majorado ao trabalhador, ocorre a sua superexploração, conforme explicam Amaral e Carcanholo (2009).

Duas consequências importantes desse processo de superexploração do trabalho são o esgotamento precoce da força de trabalho e a redução ao mínimo das condições de sobrevivência dos trabalhadores, decorrente da remuneração do trabalho abaixo do seu valor, caracterizando o trabalho barato.

Oliveira (2003) atribui o reforço da distância que se estabelece entre os rendimentos do capital e os rendimentos do trabalho ao fato de o processo brasileiro de industrialização ter se dado tardiamente. Segundo esse autor, a industrialização no Brasil aconteceu em um momento no qual havia uma enorme reserva de trabalho morto, sob a forma de tecnologia, disponível para ser transferido para os países em processo de industrialização. Desse modo, as transformações tecnológicas que economizam trabalho foram introduzidas na produção industrial brasileira antes que o preço de nossa força de trabalho tivesse se elevado a ponto de induzir o desenvolvimento tecnológico para a sua substituição.

Ainda para a compreensão das particularidades do desenvolvimento brasileiro, Braga (2013) nos oferece a noção de ‘fordismo periférico’. Segundo este autor, o Brasil faz parte de um grupo de países que experimentou um processo de industrialização peculiar após a Segunda Guerra Mundial, caracterizado pela superação do taylorismo primitivo, pelo

fordismo periférico⁶⁵. Esse modelo de desenvolvimento configurou-se pela associação entre a mecanização da produção, uma intensiva acumulação de capital e a ampliação dos mercados de bens duráveis.

Há duas características fundamentais no modelo de desenvolvimento em tela: o fato de os processos mais complexos de produção, que agregam tecnologia mais avançada e qualidade aos produtos, serem desenvolvidos fora do país e o não repasse dos ganhos obtidos pela mecanização da produção para os salários dos operários. Ao contrário, o mercado de bens duráveis nos países de capitalismo periférico dinamizava-se pelo aumento do poder aquisitivo das classes médias, em detrimento da capacidade de consumo da classe trabalhadora. Foram mecanismos operadores dessa situação, entre outros aspectos, a inflação, o aumento da produtividade do trabalho, a degradação salarial, a rotatividade da força de trabalho, entre outros aspectos.

Em Braga (2013) encontramos ainda três movimentos, no campo da política de importação-exportação, que caracterizam esse tipo de desenvolvimento: a política de substituição de importações, a mudança do conteúdo das exportações na direção dos bens de consumo duráveis e a retomada das importações de bens de capital dos países centrais.

O Estado participa desse processo, no mínimo, garantindo as condições legais e promovendo a legitimação das condições de exploração da classe trabalhadora e de dominação burguesa. Em geral, desenvolve traços autoritários e formas violentas de reprimir quaisquer forças sociais que ameacem os privilégios e a conservação das classes hegemônicas no poder. A democracia liberal que se desenvolve reveza-se com períodos ditatoriais, sem que haja rupturas efetivas com as classes hegemônicas, mas, sim, disputas entre frações dessas classes, e/ou necessidade de exceder a repressão aos interesses das classes populares, assim como gerar melhores condições para a participação dos interesses do capital internacional no país.

A burguesia brasileira constitui uma classe hegemônica que tem dificuldade de admitir o mínimo de concessões à classe trabalhadora, tanto em função dessa dependência da superexploração do trabalho para a geração de mais valor, quanto pela sua origem escravocrata. Essa mesma burguesia se alia com facilidade aos interesses do capitalismo hegemônico internacional, de modo a garantir a reprodução das condições de hegemonia de ambas as partes.

⁶⁵ Além do Brasil, Braga (2013) localiza nesse grupo Portugal, Espanha, Iugoslávia, Coreia do Sul, Cingapura, Taiwan, Hong Kong, México e Grécia. O autor ressaltou também que o taylorismo primitivo não foi completamente superado nesses países, sendo utilizado como estratégia de controle do trabalho operário, especialmente nas indústrias têxtil e eletroeletrônica.

Diante das condições que contribuíram para a conformação das características historicamente assumidas pelo trabalho no modelo de desenvolvimento capitalista no Brasil, é que podemos dizer que a precarização é um traço que lhe é estrutural, não conjuntural, ainda que a conjuntura participe do delineamento de suas particularidades históricas.

Segundo Braga (2013), o fordismo periférico, como modelo de desenvolvimento predominante, perdurou no Brasil dos anos 1950 até o início dos anos 1990, ou seja, até o estabelecimento do neoliberalismo no país e a integração da economia ao processo de mundialização do capital.

A partir da década de 1990, concentram-se as determinações causais de **terceira ordem** da precariedade estrutural no Brasil, conforme nos indica Alves (2007). Elas dizem respeito às transformações operadas no processo de mundialização do capital que incidem no contexto brasileiro, marcado pelas condições particulares da precariedade estrutural, promovendo a intensificação de elementos estruturais e modificando a dinâmica do capitalismo em sua particularidade concreta brasileira.

Resultante, ao mesmo tempo, da reestruturação produtiva e dos ajustes neoliberais, a nova precariedade do trabalho no Brasil implica, também, a modificação do modo de regulação salarial vigente. O espírito do toyotismo e a flexibilidade (nas formas de contratação, de gestão e de organização da força de trabalho) são sobrepostos aos problemas que historicamente assolam a classe trabalhadora brasileira, notadamente a desigualdade estrutural, a expressiva informalidade e a insuficiente e frágil proteção social.

O sistema normativo neoliberal aplicado no Brasil promoveu a redução da face pública do Estado, com a sua retirada de setores estratégicos, a privatização de recursos naturais, bens e serviços públicos, a liberalização da economia, a desregulação dos mercados, a desregulamentação do trabalho, a reconfiguração das instituições e a destruição ou a reconfiguração dos mecanismos de proteção social, com conseqüente ampliação da mercantilização das condições de reprodução da força de trabalho.

As fronteiras do mercado brasileiro são retiradas ou fragilizadas, atendendo às exigências de liberalização do comércio internacional, o que afeta a concorrência capitalista. Há uma série de falências, fusões e incorporações entre as empresas privadas. A produção se desterritorializa e se fragmenta (ALVES, 2013). Os governos e as empresas firmam acordos de isenção fiscal para a alocação ou realocação de empresas que supostamente promoveriam novos postos de trabalho, mas que, na verdade, em função do alto grau de incorporação tecnológica e exteriorização de partes do processo produtivo, não impactam o mercado de trabalho como prometido. Empresas privadas - e públicas também - adotam programas de

demissão voluntária, visando o enxugamento de seus quadros e/ou a sua substituição por novos trabalhadores, cuja contratação é mais barata, ou via terceirização.

A agenda neoliberal, associada à lógica da produção flexível, ocupou-se também da difusão de ideias que promoviam a individualização, a competitividade e a naturalização das desigualdades sociais e da meritocracia como bases ético-políticas para as relações sociais. A instância pública foi vinculada à ideia do Estado burocrático e esvaziada de sentido político universal. Propagou-se a imagem do Estado provedor como um agente do atraso, intrinsecamente incompetente para a gestão de atividades produtivas e a promoção e oferta de serviços sociais. Estes deveriam ser delegados ao setor privado ou seus congêneres - sob a forma de sociedade civil *empresariada* – mediante financiamento público.

As alterações impostas pela cartilha neoliberal e o regime de acumulação flexível incidem sobre um mercado de trabalho estruturalmente desigual que convive, de modo funcional, com o emprego de caráter formal e as ocupações ditas informais, a terceirização e o desemprego elevado.⁶⁶ Nesse contexto, a desregulamentação das relações laborais, a introdução dos mecanismos de gestão flexível, a ampliação da terceirização e a intensificação do trabalho, entre outros aspectos, tornam ainda mais graves e múltiplas as condições em que trabalha e vive a classe trabalhadora brasileira.

A década de 1990 foi marcada por forte desregulamentação que ampliou e diversificou as formas de exploração da força de trabalho, cumprindo um papel fundamental para a precarização da condição salarial no Brasil. Em geral, as alterações justificaram-se pela suposta necessidade de modernização, de adequação da legislação às novas formas de gestão e organização do trabalho, tomando como natural um fato histórico, produto da crise estrutural do capital. Foram apresentadas também como meio de incentivar novas contratações, com redução de custos e facilitação da demissão, alternativas para a informalidade.

Krein (2004) denuncia que, desde 1994, foram realizadas várias alterações no campo das relações de trabalho, por meio de medidas pontuais, que concorreram para a flexibilização do trabalho sob diversas formas: flexibilidade numérica ou quantitativa, flexibilidade funcional, flexibilização da forma de remuneração e do uso do tempo (flexibilidade da

⁶⁶ Braga (2013) atenta para o risco de confusão entre precarização e informalidade, lembrando que um trabalhador, ainda que formalmente empregado, pode estar precarizado. O autor ilustra essa tese com as taxas elevadas de rotatividade de alguns setores da economia paulista e com o número elevado de acidentes de trabalho, concomitantes à ampliação da formalização do trabalho no Brasil no passado recente. Nós compreendemos essa questão como expressão das várias dimensões da precarização social que não se limita às relações salariais, conforme leitura de Alves (2013).

jornada de trabalho e da remuneração salarial), flexibilização procedimental, flexibilização do contrato de trabalho.

Os governos de Fernando Henrique Cardoso destacaram-se pelo volume e pela natureza das mudanças realizadas no plano normativo-legislativo referente ao trabalho, no sentido da desregulamentação ou da flexibilização das relações capital-trabalho, com implicações notadamente desfavoráveis aos trabalhadores e seus direitos. No Apêndice E, apresentamos o quadro que construímos, a partir das contribuições de Krein (2004) e Campos (2015), com as principais alterações, os instrumentos legislativos que as viabilizaram e o tipo de flexibilização que promoveram ou reforçaram no campo do trabalho, especificamente no setor privado, durante esses governos⁶⁷.

Segundo Braga (2013), as relações trabalhistas foram modificadas pelo advento do neoliberalismo de modo a assegurar uma correlação de forças altamente favorável para os portadores do capital financeiro, assim como possibilitou a imposição da sua lógica de valorização aos mais diversos setores da economia nacional. Houve “uma financeirização generalizada do ambiente empresarial” (p. 186) que passa a ser gerido exclusivamente pelos interesses dos acionistas, o que demandou novas formas de gestão.

De acordo com este autor:

Na empresa neoliberal brasileira, o trabalho transformou-se no principal instrumento do ajuste anticíclico e anti-inflacionário da rentabilidade dos ativos. Os trabalhadores foram subsumidos a um regime de acumulação mundializado organizado em torno da dominância dos mercados financeiros, ou seja, investidores institucionais e acionistas que se apropriam de rendas salariais e financeiras cada dia mais voláteis devido à instabilidade do crescimento econômico. (BRAGA, 2013, p. 186)

Assim como no plano mundial, a reestruturação produtiva empreendida nacionalmente envolveu a reconfiguração dos locais e das relações de trabalho, com modificações na base tecnológica, no modo de gestão e na organização do trabalho. As medidas implementadas são semelhantes às descritas no contexto mais geral, porém com efeitos acentuados pelo contexto particular brasileiro de precarização e desigualdade estruturais, de implementação parcial do aparato de proteção social e de relações historicamente autoritárias e repressivas do capital em relação ao trabalho, notadamente no que diz respeito à organização sindical e aos movimentos sociais.

Sob o estímulo da gestão financeirizada, as formas de contratação da força de trabalho se multiplicaram, a terceirização e a rotatividade dos trabalhadores se ampliaram, a

⁶⁷ No capítulo 2, apresentamos um quadro com as principais medidas legislativas que afetaram o trabalho no setor **público**, contribuindo para a ampliação da precarização também nesse âmbito.

administração por metas e a flexibilização da jornada de trabalho se expandiram para vários setores e os níveis hierárquicos das empresas tenderam a se achatar. Na vigência dessas condições, o estatuto do trabalho tornou-se fragmentado, distinguindo-se por duas características principais: os contratos por tempo determinado e o emprego por conta própria, atendendo à flexibilidade requerida pelas empresas neoliberais. Estes são mecanismos que, conforme Braga (2013), tornam a força de trabalho adaptável às demandas dos processos produtivos racionalizados que exigem a sua mobilização permanente para o acionamento quando necessário.

As formas individualizadas de trabalho e a competição entre os trabalhadores também se fortaleceram e se tornaram aspectos cada vez mais importantes da gestão do trabalho no regime de acumulação flexível, como nos explica Alves (2013). Enquanto isso, as formas de solidariedade entre os trabalhadores, típicas do modo de regulação fordista, entraram em uma crise de grandes proporções. Em consequência, os trabalhadores ficaram ainda mais frágeis e com menos capacidade de se defenderem coletivamente das ofensivas do capital contra o trabalho. Tais condições foram agravadas pelo péssimo desempenho econômico. Com o aumento do desemprego e da informalidade, a base da representação sindical diminuiu. Modificaram-se as bases da negociação capital-trabalho e cresceu o chamado ‘sindicalismo de resultados’ de caráter propositivo.

No setor público, como vimos no capítulo 2 desta tese, as políticas neoliberais promoveram a privatização de empresas estatais, incentivada por programas de desestatização conduzidos inicialmente pelo governo Collor de Melo e aprofundados pelos dois governos de Fernando Henrique Cardoso. Houve extinção de instituições e implementação de uma rígida política de não-reajuste salarial e de não-realização de concursos públicos na esfera federal. As alterações normativas e legislativas também alcançaram o setor público, incidindo diretamente sobre o trabalho ou sobre a gestão das instituições e serviços públicos, com repercussões para os trabalhadores. A terceirização e outras formas de contratação irregulares se multiplicaram, assim como, os meios de transferência de responsabilidades e recursos do setor público para o privado.

As políticas públicas desenvolveram-se sob a influência dos organismos internacionais e das inflexões neoliberais do Estado brasileiro, delimitando as condições contraditórias de desenvolvimento da ESF e do trabalho dos ACS, como já anotado neste trabalho.

Alves (2013) sintetiza o contexto da década de 1990 como um corte histórico na configuração do trabalho no Brasil. O tempo histórico do capital teria se acelerado e nos projetado em outra dimensão da precarização. Porém, ele mesmo afirma que se trata de um

momento de transição para o que se constitui como a nova precariedade do trabalho no Brasil na década de 2000, da qual trataremos em seguida.

4.5 O avanço da precarização e o aprofundamento da precariedade no Brasil nos anos 2000

Na década de 2000, o panorama relativo ao trabalho e ao mercado de trabalho tornou-se ainda mais complexo no Brasil. Modificou-se o padrão de desenvolvimento e o crescimento foi retomado após quase vinte anos de regressão econômica e social, sob a hegemonia neoliberal. O mercado de trabalho sofreu transformações importantes, apresentando um duplo movimento: a redução do desemprego e a ampliação do emprego assalariado formal. Os novos postos de trabalho, entretanto, concentraram-se na faixa salarial de até um salário mínimo e meio e foram criados, em sua grande maioria, no setor de serviços, conforme dados de Pochmann (2012).

Dos 21 milhões de novos postos de trabalho criados na década de 2000, 94,8% percebiam até um salário mínimo e meio por mês, segundo Antunes (2014). Desse total de empregos gerados, 6,1 milhões estavam em atividades do setor de serviços. O comércio abriu 2,1 milhões de novos postos; a construção civil, 2 milhões; os escriturários, 1,6 milhões; a indústria têxtil e de vestuário e o atendimento público, 1,3 milhão cada. (POCHMANN, 2014; ANTUNES, 2014).

Segundo Pochmann (2012), as novas ocupações de baixa remuneração produzidas principalmente no setor de serviços seriam compatíveis com a reincorporação ao mercado do imenso excedente de trabalho produzido pelas medidas neoliberais implementadas no contexto político, econômico e social anterior. Uma fração expressiva da classe trabalhadora teria sido resgatada da pobreza, ainda que com rendimentos limitados, mesmo considerando o aumento do valor real do salário mínimo.

Outra característica das ocupações de baixa remuneração geradas na década de 2000 foi a contratação maior de mulheres. As trabalhadoras passaram a ocupar cerca de 60% do total dos novos empregos. Em relação à composição etária, a maioria dos contratados encontra-se entre 25 e 34 anos. (POCHMANN, 2012; ANTUNES, 2014).

Quanto aos empregos atípicos, Alves (2013) destaca a situação diferenciada do Brasil em relação aos países capitalistas centrais nos anos 2000. Enquanto nesses países o número de trabalhadores assalariados em situações atípicas de emprego cresceu, no Brasil, essas modalidades de contratação não foram significativas. No contexto nacional, cresceu o

emprego formal e prevaleceu a contratação por tempo indeterminado e o contrato com características semelhantes ao contrato padrão⁶⁸.

O autor pondera, entretanto, que os dados referentes à década de 2000 podem não expressar a real dimensão da precariedade do emprego no Brasil. Segundo ele, na década em questão a alta rotatividade entre os trabalhadores brasileiros persiste e cresce, dificultando o desenvolvimento de vínculos e a construção de uma relação mais estável entre uma fração significativa da classe trabalhadora brasileira e as empresas contratantes. Outra questão é a presença crescente de relações de emprego disfarçadas em modalidades de contratação como a Pessoa Jurídica (PJ), as cooperativas, o estágio, o trabalho autônomo, em domicílio, o tele trabalho, entre outros. Desse modo, o aumento da formalidade não teria alterado substantivamente a flexibilidade estrutural que marca o mercado de trabalho brasileiro.

Ao mesmo tempo em que houve a expansão da participação dos ocupados com até um salário mínimo e meio, chegando próximo a 59% do total de postos de trabalho, as demais faixas de remuneração reduziram a sua participação relativa nesse total. (POCHMANN, 2012; 2014).

Observa-se também o aumento da clivagem dos estatutos salariais e uma composição crescentemente híbrida dos contratos formais no interior dos espaços de trabalho reestruturados. Desse modo, no mesmo ambiente empresarial, trabalhadores assalariados com relações mais estáveis de trabalho convivem com trabalhadores assalariados sob relações mais precárias. Os precários intermitentes e os estáveis sob a pressão do exército de reserva vivem, cada um a seu modo, sob o domínio do trabalho flexibilizado, inseguro, descontínuo. Portanto, apesar de ter aumentado o contrato por tempo indeterminado, deve-se considerar também que esse aumento se concentrou numa faixa salarial mais baixa e que novas modalidades de contratação atípicas também cresceram relativamente, alcançando, inclusive, o núcleo mais protegido do trabalho assalariado, como alerta Alves (2013).

Segundo esse autor, o emprego precário se faz presente com as características de insegurança, perda de direitos, redução de salários e descontinuidade do trabalho, ou seja, alternando tempos de trabalho com tempos de não-trabalho e não-remuneração. Desse modo, aumenta o contingente de trabalhadores brasileiros que não conseguem projetar o futuro, fazer planos de médio e longo prazo, têm dificuldades de prover para si e para a sua família as

⁶⁸ O contrato padrão teve seus parâmetros estabelecidos durante os anos posteriores à Segunda Guerra Mundial, na vigência da regulação fordista. Suas características predominantes são o trabalho em tempo integral e a contratação por apenas um empregador, em condições relativamente estáveis de trabalho. A remuneração é mensal e tem valor fixo que guarda relação com o tempo que o trabalhador permanece no emprego e a formação profissional. Tais atributos criam uma perspectiva de carreira e de segurança para os trabalhadores (ALVES, 2013).

necessidades cotidianas e de manter um ritmo de vida estável, sem alternâncias frequentes na condição de emprego e desemprego e alterações de horários de trabalho.

Reconhecemos, entretanto, que, ainda que repleta de contradições e de continuidades, especialmente na condução da política econômica, a conjuntura do início dos anos 2000 não é igual àquela dos anos 1990. Em termos sociais, segundo Pochmann (2014), as políticas de transferência de renda aos segmentos empobrecidos contribuíram para a retirada de crianças e jovens do trabalho infantil e das condições análogas ao trabalho escravo. Este também foi alvo de medidas de enfrentamento.

De acordo com Campos (2015), a partir de 2003 e principalmente, desde 2008, o Estado brasileiro reassumiu um maior protagonismo no processo de acumulação. Sua atuação desenvolveu-se, principalmente, na captação e distribuição de renda, com políticas laborais e sociais que dinamizaram o consumo da classe trabalhadora de baixa renda. Outro aspecto destacado pelo autor foi a retomada do investimento na estrutura econômica e social, especialmente nas áreas de energia, transporte, comunicação saneamento e habitação.

A regulação laboral teve movimento distinto no que diz respeito às suas duas frentes: os direitos sociais e os direitos do trabalho. Os direitos sociais sofreram alguma expansão, principalmente no sentido da implementação das políticas de transferência de renda. Já os direitos do trabalho tiveram resultados classificados como ambíguos. Por um lado, houve fortalecimento, sendo o caso mais relevante, a valorização do Salário Mínimo; de outro lado, algumas frentes de direitos foram ou mantiveram-se fragilizadas. Segundo Campos (2015), dentre as modificações que contribuíram para a fragilização do trabalho no Brasil, nos governos de Lula da Silva, destacam-se:

1. A Lei n. 11.196/2005 que permite a contratação de trabalho por meio de pessoa jurídica unipessoal, prestadora de serviços intelectuais, sem que isso configure vínculo de emprego entre a prestadora e a tomadora dos serviços;
2. Lei n. 11.603/2007 que mantém a autorização do trabalho aos domingos e feriados no comércio em geral, desde que em consonância com a convenção coletiva/acordo coletivo existente e com as normas do governo municipal;
3. Lei n. 11.718/2008 que permite a contratação de trabalhador rural por prazo reduzido, sem anotação na carteira de trabalho.

Mediante as Leis n. 11.196/2005 e n. 11.718/2008, os contratantes ficam desobrigados com os direitos associados ao trabalho, como férias, décimo terceiro, FGTS, aviso prévio e licenças, ampliando a precarização do trabalho nas cidades e no campo. No caso da Lei

11603/2007, deve-se notar que a autorização para o trabalho aos domingos remonta a 27 de novembro de 1997, quando foi publicada a MP 1539-38. Esta autorização foi renovada repetidamente por meio da publicação de várias MP, sendo a última, a MP n. 1982-77 de 23 de novembro de 2000 que foi aprovada no Congresso Nacional como a Lei nº 10.101 de 2000.

Acompanhamos a compreensão de que se desenvolveu, ainda que de modo (sempre) contraditório, uma nova precariedade do trabalho no Brasil, a partir da década de 2000, que, de acordo com Alves (2013, p. 141), corresponde às “novas condições de exploração da força de trabalho que emergem nas empresas reestruturadas”. Segundo o autor, ela compreende tanto uma nova morfologia do trabalho, quanto um novo metabolismo laboral que afeta a vida do homem-que-trabalha em seu cotidiano.

Segundo esse autor, compõem a sociomorfologia do trabalho reestruturado no Brasil, os seguintes elementos: um novo arcabouço tecnológico-informacional, o ‘espírito’ do toyotismo, a renovação geracional dos coletivos de trabalho e as novas relações flexíveis de trabalho. No campo das relações de trabalho, a flexibilização operou-se principalmente sobre as formas de contratação, as formas de remuneração e a jornada de trabalho, viabilizada pelas mudanças no arcabouço jurídico-legislativo promovidas nos anos 1990 e pelas alterações realizadas também nos anos 2000.

Em escala mundial, a terceira revolução tecnológica ou revolução informática possibilitou a adoção da automatização microeletrônica no processo de trabalho industrial. Na sequência, partindo desse desenvolvimento, a quarta revolução tecnológica aprimorou qualitativamente a nova base tecnológica e promoveu o desenvolvimento do seu funcionamento em rede, como um sistema combinado de máquinas informacionais. Essas inovações aportaram na produção brasileira, desenvolvendo a automação industrial de base microeletrônica, a robótica, as redes informáticas e telemáticas de comunicação que configuraram um espaço virtual de informação e comunicação. Trata-se do ciberespaço – “rede interativa ou controlativa de produção e reprodução social”. (ALVES, 2011, p. 71).

As Tecnologias de Informação e comunicação (TIC) foram fundamentais para o desenvolvimento de novas estratégias para a internacionalização da produção, o aprofundamento da mundialização do capital e a conversão da organização do processo de trabalho aos moldes toyotistas. Conforme aponta Alves (2011), as TIC foram incorporadas mundialmente e, também no Brasil, nas mais diversas frentes: na produção industrial, nas atividades de gestão, nas atividades financeiras e na reprodução da sociedade de mercadorias.

O espaço virtual instituído pelas redes informáticas e telemáticas é, ao mesmo tempo, um novo espaço de interação sócio humana de base técnica que implica novas formas de

relação homem-máquina. Representa um ambiente, até então, inédito de sociabilidade que exige do sujeito novas habilidades num campo complexo e integrado de fluxos de informações e comunicações mediados por máquinas. Entretanto, as possibilidades de potencialização das capacidades humanas visualizadas no novo complexo tecnológico informacional não se efetivam. Na verdade, este constitui a base tecnológica sobre a qual se desenvolve o controle do trabalho segundo o ideário toyotista e as diretrizes da acumulação flexível.

A difusão do ‘espírito’ do toyotismo e o desenvolvimento da nova base técnica-informacional são os meios principais de promoção das mudanças e de novos modos de submeter o trabalho vivo aos objetivos do capital. A competição, o controle do trabalhador pelo trabalhador, a remuneração por produtividade e os diversos mecanismos da gestão flexível se aprofundam e impregnam de estranhamento o trabalho, com repercussões na subjetividade do homem-que-trabalha.

No próximo capítulo avançaremos na aproximação ao nosso objeto de pesquisa por meio de dois movimentos: a configuração do trabalhador público como integrante da condição de proletariedade e a compreensão dos fenômenos que caracterizam a precarização do homem-que-trabalha.

5 CATEGORIAS TEÓRICO-ANALÍTICAS PARA A APREENSÃO DO FENÔMENO DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS ACS

Antes de passarmos à análise do processo de precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde, segundo os dados obtidos por meio do trabalho de campo, entendemos ser necessário apresentar a compreensão das particularidades do trabalhador público e das questões relativas à precarização do homem-que-trabalha nas condições do trabalho na esfera pública. As categorias que embasaram o desenvolvimento da referida análise foram: condição de proletariedade, captura da subjetividade, estranhamento e intensificação do trabalho. Além dessas, as noções de ‘formas constitutivas e derivadas de valor’ e as concepções relativas à caracterização e à crítica do ‘gerencialismo’ foram fundamentais para a apreensão das especificidades do fenômeno da precarização do trabalho dos ACS.

5.1 Condição de proletariedade, formas constitutivas e derivadas de valor e o trabalhador público⁶⁹

A condição de proletariedade consiste na condição histórica-existencial particular na qual estão imersos homens e mulheres trabalhadoras que, pela imperiosa necessidade de sobreviver, se submetem à exploração capitalista e, conseqüentemente, ao trabalho estranhado. Constitui um pressuposto histórico-material do trabalho estranhado ou assalariado, sendo resultante do processo de acumulação primitiva ou alienação primordial (homens e mulheres despossuídos dos meios de produção da vida, subalternizados na divisão social do trabalho). (ALVES, 2008; 2009; 2013; ALVES e SELEGRIN, 2011)

Segundo Alves (2008) a proletarização é o processo pelo qual os homens e as mulheres são lançados à condição de proletariedade; corresponde à transição da individualidade pessoal à individualidade de classe. A primeira caracteriza-se pela relação imediata com os meios e instrumentos necessários à produção da vida social e comunitária; a segunda é instituída pela despossessão da propriedade pessoal (objetiva e subjetiva) dos meios de produção. Homens e mulheres passam a estar submetidos às condições objetivas e subjetivas da atividade produtiva, subalternizados pela divisão social e hierárquica do trabalho e vulneráveis às contingências das relações de mercado.

⁶⁹ As discussões desenvolvidas neste subitem são baseadas principalmente nos textos de Alves (2008; 2009; 2013) e Alves e Selegrin (2011).

O surgimento da condição de proletariedade é localizado no século XVI, no Ocidente, no marco da modernidade do capital que instaura uma série de experiências de vida comuns a homens e mulheres, relativas ao espaço, ao tempo, do indivíduo sobre si mesmo e em relação aos outros, quanto às possibilidades e aos perigos a que estão expostos (ALVES e SELEGRIN, 2011). Torna-se condição de viabilidade para a dinâmica do modo de produção do capital e passa a ser reposta sistemicamente pelo seu desenvolvimento, por meio do trabalho estranhado. O sociometabolismo do capital, adverte Alves (2008 e 2013), reproduz continuamente o trabalho estranhado e a condição de proletariedade, que assumem formas históricas distintas ao longo do tempo.

Do ponto de vista epistemológico, Alves (2013) apresenta a condição de proletariedade como uma “categoria social descritiva dos atributos existenciais das individualidades pessoais de ‘classe’ subsumidas ao modo de produção capitalista” (p. 61). Consiste, assim, num construto teórico-analítico pelo qual o autor busca empreender uma analítica existencial da “classe” do proletariado que compreenda tanto os efeitos objetivos quanto subjetivos, envolvidos no processo de negação do homem como ser genérico.

A “classe” do proletariado, com a palavra classe grafada com aspas, refere-se à compreensão do proletariado como “o conjunto social de homens e mulheres, alienados da propriedade/controlado dos meios de produção da vida, que estão submetidos a uma condição existencial histórico-particular – a condição de proletariedade” (ALVES, 2008, p. 1). A classe social (sem aspas) do proletariado, por sua vez, corresponde ao sujeito histórico com capacidade de atuar social e politicamente, não somente em si, mas para si e além de si, e de realizar a transformação das várias determinações que constituem a alienação, promovendo o que o autor denomina de ‘negação da negação’. Alves (2013) compreende a categoria **classe social** como uma categoria-espectral, “no sentido de categoria social como forma de ser ou determinação da existência capaz de expressar o devir histórico-coletivo de individualidades pessoais subsumidas na condição de proletariedade” (p. 63).

A condição de proletariedade estabelece objetivamente a possibilidade da classe social, mas a constituição efetiva da classe do proletariado, que implica o ser em si e para si da classe, é dada pela luta de classes. Passa pela indignação, pela resistência no plano individual e coletivo, pela organização e luta coletivas, que constroem a capacidade de se converter no sujeito histórico realizador da mudança, da superação da condição de proletariedade. Nesse sentido, o proletariado é considerado a classe social primordial, a portadora exclusiva da possibilidade de, sob certas condições, por meio do movimento social,

da luta de classe, negar a sua condição e, ao fazê-lo, negar a própria relação-capital (ALVES, 2008; 2013).

Certos atributos histórico-existenciais são característicos da condição de proletariedade e perpassam as mais diversas relações sociais. São eles: “subalternidade, acaso e contingência, insegurança e descontrole social, incomunicabilidade, corrosão do caráter, deriva pessoal e sofrimento”. A esses atributos, o autor acrescenta ainda: “risco e periculosidade, invisibilidade social, experimentação e manipulação, prosaísmo e desencantamento, credulidade e fé, plasticidade, resignação” (ALVES, 2013, p. 69).

De acordo com o autor, no estágio de desenvolvimento do capitalismo global, a abrangência da condição de proletariedade alarga-se em escala mundial. Cresce progressivamente a participação da “classe” do proletariado na composição do trabalho vivo que, apesar de não produzir valor, é indispensável à sua produção. Nesse grupo, incluem-se os trabalhadores assalariados que integram a produção do capital, mas atuam em atividades consideradas improdutivas de circulação e distribuição de mercadorias, e aqueles inseridos nos setores comercial e financeiro, também considerados improdutivos, mas fundamentais para a realização do valor.

Cresce também o número de trabalhadores assalariados públicos, considerados ‘improdutivos’, não participantes diretos da produção de valor, mas cujas atividades estão relacionadas ao atendimento de necessidades da reprodução social do sistema do capital. Esse grupo, supostamente mais protegido das vicissitudes da produção do valor, também é alcançado pela condição de proletariedade, como decorrência da sua participação no “metabolismo social total estranhado do mundo do capital” (ALVES, 2013, p. 51)

Segundo Oliveira (1988), a esfera pública desenvolveu-se principalmente a partir do Estado de Bem-Estar Social, quando o fundo público passou a ser o pressuposto do financiamento tanto da acumulação de capital, quanto da reprodução da força de trabalho. Neste último campo especificamente, incluem-se os ‘gastos’ sociais com a saúde, a educação, a previdência, o seguro-desemprego, o salário-família, entre outras formas de salário indireto que contribuíram para a desmercantilização da força de trabalho, tema discutido no capítulo 4 deste texto.

Concordando com Alves (2008), compreendemos que os funcionários públicos fazem parte do conjunto de trabalhadores assalariados que abrange **todos** os trabalhadores submetidos à relação salarial. O salário representa a relação pela qual o trabalho se subordina ao capital, independentemente deste ser produtivo ou improdutivo, implicando o poder estranhado do capital ou do Estado (que guarda com o capital uma relação de determinação

reflexiva). A efetividade da condição de proletariedade é dada pela relação do trabalhador público com o Estado, gestor do fundo público.

O crescimento do contingente de trabalhadores assalariados é parte de um processo complexo que inclui também a redução relativa da participação dos trabalhadores considerados produtivos no total de trabalhadores assalariados. Segundo Alves (2013), trata-se de um fenômeno associado ao aumento sem proporções da produtividade do trabalho, decorrente da acelerada incorporação de inovações tecnológico-organizacionais na produção, que ampliou a substituição do trabalho vivo por trabalho morto.

Na vigência do Estado de Bem-Estar Social, a inovação tecnológica experimentou um desenvolvimento inédito, ao deixar de ser parametrizada pelo salário real total, o que se tornou possível mediante o financiamento da reprodução da força de trabalho pelo fundo público, constituindo um salário indireto. O salário indireto, financiado por esse fundo, passara a responder por cerca de um terço do salário total, ensejando a ruptura da relação dialética segundo a qual as inovações técnicas se desenvolviam em resposta aos aumentos havidos no salário direto real.

A crise de rentabilidade que se seguiu e os limites atingidos pelo fundo público suscitaram as respostas neoliberais que visaram preservar o financiamento do fundo público exclusivamente para o capital, em detrimento dos ‘gastos’ sociais e em prejuízo aos trabalhadores, como sustenta Oliveira (1988). Nesse novo contexto, o fundo público financiou, por exemplo, o desenvolvimento da chamada terceira revolução industrial.

No entendimento de Alves (2013), sob a lógica da mais-valia relativa e na vigência do processo de precarização estrutural do trabalho, a extração de mais-valia cresceu em termos absolutos no interior da produção de mercadorias, o que gerou o crescimento do capital acumulado. Este, entretanto, não encontrou possibilidades suficientes e adequadas de valorização. Parte importante do capital buscou, assim, formas fictícias de valorização, acentuando a dimensão financeira da riqueza capitalista.

Tais contradições, segundo o autor, compõem a crise da valorização produtiva (produção e realização) do valor e, conjuntamente, a crise do trabalho abstrato.

No capitalismo fictício que se institui nesse processo, tanto o trabalho concreto (que produz o valor de uso do produto-mercadoria), quanto o trabalho abstrato (que produz o valor de troca) não encontram espaço. Na indústria e no comércio capitalistas, tem sido promovida a crescente eliminação do trabalho vivo, substituído por trabalho morto. Esses movimentos provocam, ao mesmo tempo, a redução das **formas constitutivas de valor** e a ampliação das **formas derivadas de valor**.

Compreendemos com Alves (2013) que as **formas constitutivas do valor** dizem respeito às categorias concernentes ao trabalho produtor de valor, como as categorias **trabalho abstrato** e **exploração**. Dizem respeito a fenômenos que integram o processo de produção de valor propriamente dito, ou seja, constituem a forma-valor. As **formas derivadas do valor** resultam da disseminação da forma-valor em âmbitos do trabalho considerado improdutivo, seja ele interno ou externo à produção do capital. Nesses casos, o **trabalho abstrato** e a **exploração** assumem **feições fictícias**, não contribuindo de modo objetivo para o processo de formação do valor, nem para a sua valorização. O que nos interessa particularmente é saber que, apesar de fictícias, as formas derivadas de valor possuem **eficácia ontológica idêntica às formas constitutivas do valor**.

Considerando a universalização da condição de proletariedade e o transbordamento do trabalho abstrato para além dos limites do trabalho produtivo estrito senso, buscamos compreender como as atividades improdutivas, especificamente o trabalho no setor público, passam a ser regidas pela lógica produtivista. Por esse caminho, procuramos apreender como o estranhamento se aprofunda entre categorias que não estão diretamente vinculadas à produção do valor, particularmente entre os agentes comunitários de saúde.

5.2 Gerencialismo: racionalidade toyotista na gestão pública de saúde

Percebemos que o gerencialismo, compreendido como a expressão do ‘espírito’ do toyotismo na gestão pública, desempenha um papel muito importante, sendo o principal vetor de disseminação do trabalho estranhado entre os trabalhadores públicos. Segundo Andriolo (2006), o gerencialismo forneceu a base racional da ‘Nova Gestão Pública’ (NGP) que foi promovida pela contrarreforma neoliberal do Estado brasileiro, visando a substituição da administração de base burocrática por estratégias gerenciais oriundas do setor privado, como dissemos no capítulo 2.

Gaulejac (2007) apresenta o gerenciamento como uma tecnologia de poder que se exerce entre o capital e o trabalho, de modo a conseguir a adesão dos trabalhadores aos objetivos do capital. A gestão, por sua vez, é compreendida como a ideologia que confere legitimidade à adoção de uma abordagem das relações sociais com características predominantemente instrumentais, utilitaristas e contábeis. Em nosso entendimento, constrói-se uma racionalidade pragmática, aparentemente mais racional, para dar sentido aos paradoxos produzidos pelo desenvolvimento das contradições capitalistas.

Segundo esse autor, a gestão gerencialista desenvolve-se inicialmente nas multinacionais, expandindo-se para as empresas privadas e organizações públicas de grande porte, a partir dos anos 1980. Reveste-se de objetividade e pragmatismo, assumindo como finalidade o alcance dos resultados. Sob a lógica gerencialista, as atividades humanas são traduzidas em indicadores de desempenho que se expressam, posteriormente, em custos e benefícios. No Brasil, identificamos a década de 1990 como o contexto de desenvolvimento desse pensamento na gestão empresarial privada e na gestão das instâncias públicas.

No entendimento de Gaulejac (2007) a gestão baseia-se em cinco paradigmas que se sustentam em certos princípios. Os paradigmas da gestão e seus respectivos fundamentos são: o paradigma objetivista, baseado no princípio de que ‘compreender é medir’; o paradigma funcionalista, fundamentado no princípio de que a ‘organização é um dado’; o paradigma experimental, apoiado no princípio de que ‘a organização é um dado científico’; o paradigma utilitarista, sustentado pelo princípio de que ‘a reflexão está a serviço da ação’; e, por último, o paradigma economista, baseado no princípio de que ‘o humano é um fator ou recurso da empresa’.

O autor afirma que, em função desses paradigmas e de seus princípios, o gerencialismo implica: o primado da linguagem e da interpretação matemáticas que tendem a excluir tudo que não puder ser expresso em termos quantificáveis; o predomínio da racionalidade instrumental; e a opacidade dos interesses que permeiam as pretensas objetividade, cientificidade, funcionalidade e, portanto, ‘neutralidade’ da organização gerencial do processo de trabalho.

Assim como em outras esferas públicas, a gestão de cunho ‘gerencialista’ ganhou espaço e força no SUS, principalmente pela adoção de estratégias, técnicas e instrumentos de organização, monitoramento, controle e avaliação da qualidade e do trabalho. Termos como ‘metas’, ‘desempenho’ e ‘eficácia’ difundiram-se no cotidiano do trabalho em saúde, de um modo geral, e na Atenção Básica, de modo particular. Dizem respeito aos processos de gestão e organização dos serviços e do trabalho que têm produzido mudanças que alcançam os ACS.

No Relatório do 5º Fórum Nacional da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, estão registradas as principais mudanças identificadas por lideranças da CONACS no trabalho dos ACS. Em geral, elas se referem: ao aumento do tempo destinado às atividades de preenchimento de fichas e coleta de informações, mudança que os ACS criticam, chamando a si próprios de “Agentes Coletores de Dados” (p. 9); à redução do tempo dedicado às VD e às atividades educativas no território, com a priorização de ações

realizadas no interior das unidades de saúde; e à carga crescente de atividades relacionadas aos programas de saúde centrados nas doenças (NOGUEIRA; BORNSTEIN, 2015).

No setor saúde, a produção e a circulação de informação são condições importantes para o bom funcionamento dos serviços e ações de saúde. O cuidado e a vigilância, por exemplo, podem ser bastante beneficiados pela disponibilidade de informações individuais e coletivas, relevantes para o planejamento, a organização e a realização de processos de prevenção, promoção e atenção à saúde. Nesse sentido, os sistemas de informação têm uma justificativa técnica e social importante e a saúde representa, assim, um contexto favorável ao desenvolvimento de sistemas de informação.

Sob a vigência da racionalidade gerencialista, os sistemas de informação passam a ser dotados de funções de monitoramento, controle e avaliação ou passam a ser criados diretamente com o objetivo explícito de monitoramento da chamada qualidade da atenção. São definidas metas a serem alcançadas e construídos indicadores de desempenho para os trabalhadores, as equipes e os serviços de saúde. A essas metas e indicadores são associados pagamentos diferenciados conforme os resultados alcançados, ou seja, institui-se o pagamento variável por produtividade. Para o atendimento das exigências de quantificação dos sistemas de gerenciamento da Atenção Básica, cresce a instrumentalização das atividades que precisam ser fracionadas, divididas em operações de modo a poderem ser modeladas, parametrizadas e expressas em indicadores mensuráveis, conforme explica Fonseca (2013).

Destacamos os seguintes processos e sistemas de informação desenvolvidos para a Atenção Básica:

- O Pacto de Indicadores da atenção Básica, estabelecido e renovado periodicamente, por meio da negociação intergestores de metas para a avaliação e o monitoramento da Atenção Básica no SUS;
- O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), criado também em 1998, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS);
- A Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), criada em 2005, no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e equipes da ESF, com o propósito de qualificar, por meio da avaliação, a Atenção Básica;

- O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), instituído em 2011, que incorporou partes da AMQ e ampliou as vertentes de avaliação. Assumiu como finalidade a certificação das equipes da Saúde da Família e permitiu vincular formas de transferência de recursos do PAB variável aos resultados provenientes da avaliação, configurando-se como um mecanismo indutor de práticas.

Cada um desses sistemas ou processos introduziu instrumentos, procedimentos, formulários, fichas etc. que se capilarizaram no processo de trabalho das equipes de saúde da família. Apesar de abrangerem todos os trabalhadores das equipes, as diversas atividades que cada um desempenha não estão necessariamente contempladas entre os indicadores que monitoram o desempenho de cada categoria profissional. O fato de haver um indicador relativo a uma atividade que certo trabalhador desempenha já configura, em si, uma valorização dessa sua atribuição. Como este indicador está associado a uma meta e esta meta a uma gratificação, a valorização social da atividade é acrescida de uma valorização financeira. O contrário, isto é, a não representatividade de suas atividades pelos indicadores, configura, portanto, uma situação de desvalorização.

Os sistemas de informação, monitoramento, avaliação e controle da qualidade e do trabalho em saúde contribuem, portanto, para o estabelecimento da importância relativa das atividades que compõem o processo de trabalho na ESF. Podem induzir, por exemplo, que certa atividade, ou grupo de atividades, deixem de ser consideradas relevantes no processo de trabalho em saúde ou estejam cada vez menos presentes no cotidiano de trabalho de quem as realizava. O resultado, geralmente, é a não realização dessa atividade ou a sua reconfiguração, de modo que passe a atender aos requisitos de quantificação, por exemplo.

A valorização diferenciada das atividades de saúde pelos sistemas não é neutra; ela revela, no mínimo, a relação existente entre o trabalho de uma categoria profissional e o modelo de atenção⁷⁰ hegemônico no campo. A racionalidade da gestão se orienta e reforça determinada concepção do processo saúde-doença e do modelo de atenção.

O modelo⁷¹ de atenção refere-se ao modo como, em uma determinada sociedade e num determinado momento histórico, o processo saúde-doença é compreendido e a atenção à

⁷⁰ Fertoni et al (2014, p.1871) indicam uma multiplicidade de variações terminológicas referentes ao que optamos por denominar 'modelo de atenção': "‘modelo assistencial’, ‘modalidades assistenciais ou modelos tecnológicos’, ‘modos de produzir saúde’, ‘modelos assistenciais’, ‘modelo técnico ou tecnoassistencial e modelo técnico-assistencial’, ‘modos de intervenção’, ‘modelos de atenção’, ou ‘modelos de cuidado’".

⁷¹ A noção de modelo de atenção, apesar de não condizer com a perspectiva histórico-dialética, é utilizada nesta tese por permitir a interlocução sobre as questões levantadas nesta pesquisa com as pesquisas e os sujeitos do campo da saúde pública. Trata-se de uma expressão instituída e muito difundida nesse campo que evoca as

saúde é organizada. Implica, principalmente, a configuração dos objetos e objetivos da intervenção em saúde, o âmbito de atuação, o aparato tecnológico empregado, os arranjos assistenciais, o processo de trabalho e a composição da força de trabalho. Diz respeito, segundo Paim (2008, p. 549) às “racionalidades que orientam as ações, conduzindo à adoção de uma dada combinação de tecnologias ou de meios de trabalho em cada situação concreta”. Expressa o resultado do conhecimento e das tecnologias socialmente produzidos, assim como depende de posições éticas e políticas que orientam a validade da ciência e a disponibilidade dos recursos, como apontam Silva Júnior e Alves (2007).

Conforme analisado por Fonseca (2013), quando as atividades educativas relativas aos ACS perdem importância, tanto na fala quanto na prática desses trabalhadores do município do Rio de Janeiro, campo de pesquisa da autora, isto revela uma inflexão da gestão. Em nossa perspectiva, essa inflexão tem implicações no modelo de atenção, pois denota uma compreensão que exclui as questões sociais e culturais da causalidade do processo saúde-doença. Nessa lógica, a educação ou, pelo menos a educação de base crítica e compreensiva - que demanda tempo e se realiza em processos variados, no encontro entre sujeitos nos mais diversos espaços, por meio de ações de difícil mensuração - não seria importante para o cuidado em saúde. Mas talvez o seja, a educação prescritiva e diretiva, que, por sua vez, se desenvolve por atividades mais facilmente quantificáveis. Trata-se, assim, de um sistema de retroalimentação quase ‘perfeito’.

O gerencialismo torna-se, ao mesmo, um vetor fundamental de disseminação do fenômeno do estranhamento e da captura da subjetividade entre os ACS, como também, de um certo pensamento sobre a atenção à saúde que converge para o reforço da perspectiva biologicista, curativa-biomédica, cujas ações são mais facilmente divididas e quantificadas.

5.3 Além da precarização salarial: a precarização do homem-que-trabalha e a ‘captura’ da subjetividade

Observamos que a literatura sobre precarização do trabalho reconhece a importância dos efeitos, no plano subjetivo, da capilarização do processo de precarização nos diversos âmbitos da vida dos trabalhadores, com expressões de sofrimento afetivo e psíquico. Interessa-nos aqui, especialmente, a compreensão desse fenômeno como parte indissociável do processo atual de geração de valor que, com a crescente e múltipla divisão social do

trabalho e a generalização da hegemonia da forma mercadoria nas diferentes esferas laborais, tem afetado cada vez mais trabalhadores.

Ressaltamos que compreendemos o sujeito e a subjetividade como construções históricas que são, ao mesmo tempo, determinadas historicamente pela realidade social e determinantes dessa realidade, por meio da ação coletiva. Segundo Gonçalves (2015a), a constituição da subjetividade se faz na interação entre os sujeitos, sendo, portanto, um processo de desenvolvimento intersubjetivo. Os fenômenos psicológicos se produzem no decorrer da construção social do indivíduo, por meio da qual o plano das relações intersubjetivas se transforma em plano intrassubjetivo. A relação entre a objetividade e a subjetividade é entendida como uma unidade de contrários, na qual ambas estão constantemente e mutuamente se transformando.

A subjetividade se constitui através de mediações sociais como, por exemplo, a linguagem que, segundo a autora, sintetiza de modo ímpar a relação entre objetividade e subjetividade. Tomando em destaque o signo, a autora o apresenta como, simultaneamente, um:

(...) produto social que designa a realidade objetiva; construção subjetiva compartilhada por diferentes indivíduos por meio da atribuição de significados; e construção subjetiva individual, que se dá pelo processo de apropriação do significado social e da atribuição de sentidos pessoais (GONÇALVES, 2015b, p. 63).

De acordo com essa perspectiva, distanciamos-nos da visão liberal que separa e opõe subjetividade e objetividade e naturaliza o homem como sujeito individual e racional, supostamente livre e igual. Afastamos-nos também da visão pós-moderna que sobrevaloriza as especificidades e as heterogeneidades, nega as metanarrativas, decreta o fim da história como processo, lançando os sujeitos no domínio da vida desregulada e das contingências.

O movimento de interpretação e compreensão da subjetividade como produto histórico das relações estabelecidas dialeticamente entre sujeito e realidade – intersubjetivamente - nos coloca na posição de buscar as mediações que explicam a constituição desses sujeitos no atual estágio de desenvolvimento do sistema capital. No tocante às dimensões subjetivas do processo de precarização social, acompanhamos o pensamento de Alves (2013) que disserta sobre duas dimensões fundamentais, integrantes do processo de precarização nos marcos do capitalismo mundializado: a precarização salarial e a precarização do homem-que-trabalha. A diferenciação dessas duas dimensões da precarização tem um caráter heurístico, cuja finalidade é possibilitar a investigação do fenômeno em sua totalidade, uma vez que a ‘precarização salarial’ geralmente torna opaca a precarização do-homem-que-trabalha.

Segundo o autor:

No capitalismo, o trabalhador assalariado é, por um lado, força de trabalho como mercadoria; e por outro lado, ser humano-genérico (...). Deste modo, a precarização do trabalho que ocorre hoje, sob o capitalismo global, seria não apenas 'precarização do trabalho' no sentido de precarização da mera força de trabalho como mercadoria; mas seria também, 'precarização do homem que trabalha', no sentido de desefetivação do homem como ser genérico. (ALVES, 2013, p. 86)

Assim como observa o autor quanto à maioria dos estudos sobre a precarização do trabalho no Brasil num plano mais geral, nós percebemos que os estudos que abordam especificamente a precarização do trabalho em saúde e, particularmente o trabalho dos ACS, tendem a não ultrapassar a análise da dimensão salarial. Podemos afirmar que, tanto no âmbito da pesquisa quanto da gestão em saúde, a precarização e, portanto, a 'desprecarização' do trabalho referem-se à regularização das formas de contratação. Permanecem pouco visíveis os aspectos que conformam a precarização do homem-que-trabalha.

A dimensão salarial abrange tanto a precarização das condições que caracterizam a relação salarial, quanto as condições nas quais o trabalho se realiza. No que diz respeito aos atributos da relação salarial, a precarização incide sobre o contrato, a remuneração e a jornada de trabalho, sendo decorrente principalmente da flexibilização ou desconstrução do arcabouço legal de proteção do trabalhador. Quanto às condições nas quais o trabalho se realiza, trata-se da intensificação do trabalho, do aprofundamento do controle e da ampliação do envolvimento subjetivo do trabalhador, viabilizados pelas modificações implementadas na organização da produção. Nesse aspecto, tem papel destacado a introdução de novas tecnologias informacionais e a adoção dos chamados métodos flexíveis de gestão - jornadas diferenciadas, remuneração variável, baseada no cumprimento de metas e na produtividade do trabalhador, cadeia de comando e controle diluídos no trabalho em equipe etc.

A precarização do homem-que-trabalha corresponde aos efeitos da precarização das condições salariais no âmbito pessoal, no plano da subjetividade. Está diretamente relacionada às novas condições de existência e de relações intersubjetivas infundidas pelo chamado espírito do toyotismo. Dentre as múltiplas determinações dessa dimensão da precarização, destacam-se os traços manipulatórios exacerbados nas 'novas' formas de pensar e organizar o trabalho (ALVES, 2011). A manipulação capitalista tem como objeto o sujeito, seus afetos, sua inteligência e capacidade criativa e busca envolvê-los no processo produtivo, porém de modo subordinado, fazendo com que estes se voltem contra o próprio trabalhador.

No processo de precarização do homem-que-trabalha, cumpre um papel fundamental o movimento de 'captura' da subjetividade pela lógica do capital. Esse fenômeno é

compreendido pelo autor como o processo por meio do qual se constitui “um novo nexo psicofísico capaz de moldar e direcionar ação e pensamento de operários e empregados em conformidade com a racionalização da produção”. A ‘captura’ da subjetividade está relacionada aos dispositivos organizacionais do modelo de gestão toyotista que exigem maior envolvimento das disposições intelectuais e afetivas do trabalhador, em prol do aperfeiçoamento da produção em seus aspectos procedimentais e dinâmicos, mas em detrimento dos interesses dos sujeitos que mobilizam.

Não se trata, entretanto, de um processo exclusivo do toyotismo. O fordismo exigiu novos valores que foram cultivados entre os trabalhadores, por meio de um controle associado à persuasão que se estendeu à vida privada, buscando constituir comportamentos humanos mais adequados à cultura industrial. Entretanto, enquanto o fordismo desenvolveu-se numa fase de crescimento do capital e de ampliação de direitos, o toyotismo e as novas bases técnicas convertidas em redes sociais - que requerem uma maior implicação da subjetividade para a produção de valor – estruturam-se num momento de crise e de disseminação da barbárie. Os avanços sobre os processos de subjetivação são mais significativos e seus efeitos se fazem notar no sofrimento humano que cresce, em meio ao fortalecimento de relações sociais cada vez mais individualistas e desprovidas de proteção social. Avançam, no mesmo passo, o estresse e as morbidades psíquicas entre os trabalhadores, como observa Alves (2011).

Segundo esse autor, a particularidade do modo toyotista de ‘captura’ da subjetividade consiste no fato de seu objetivo ultrapassar a constituição da disciplina ou da autodisciplina do trabalhador. Almeja-se alcançar a produção de comportamentos ativos, uma pró-atividade do trabalhador para tomar iniciativas diante dos ‘desafios’ colocados pelo trabalho, acionando a sua inteligência, a sua imaginação e os seus afetos em favor dos objetivos da produção. Opera-se por meio de um controle de outro tipo, revestido de positividade. Um exemplo importante é a adoção das remunerações flexíveis, baseadas na produtividade, que premiam o desempenho diferenciado do trabalhador, segundo a avaliação dos seus resultados e do negócio. O trabalhador aprofunda a sua implicação no processo de trabalho, buscando um retorno que se apresenta como sendo do seu interesse, mas que, na realidade, mostra-se muito desproporcional ao retorno alcançado pelo capital e produz custos pessoais não dimensionados ao trabalhador.

Mais uma vez, cabe notar que não se trata de uma inovação do toyotismo, mas da reprodução do pagamento por peça, forma de pagamento de salário analisada por Marx, cujo valor dependia da quantidade e da qualidade do produto entregue pelo trabalhador, dispensando a inspeção direta sobre o trabalho, no ato da produção. De acordo com Alves

(2011), a intensificação do trabalho e o prolongamento da jornada tornam-se iniciativas do próprio trabalhador, como um interesse pessoal, visando auferir um salário maior.

Outro mecanismo utilizado para promover o comprometimento com o trabalho no marco do toyotismo é a constituição dos grupos de trabalho nos quais o controle sobre o indivíduo é exercido pela própria equipe. Para o capital, a equipe representa um ideal de convivência na qual o coletivo assume como objetivo comum os objetivos da produção e a competitividade é instaurada com um papel fundamental: controlar o comportamento do trabalhador e elevar a produtividade do trabalho.

Segundo o autor, a remuneração flexível e o trabalho em equipe baseado na competitividade constituem dois movimentos manipulatórios integrados que contribuem para que o trabalhador, supostamente mais livre e ativo, torne-se “carrasco de si e dos outros” (ALVES, 2013, p. 98). Esses mecanismos de obtenção de consentimento que atuam no plano da produção estão associados à disseminação da precarização no mundo do trabalho e na vida em geral, assim como, à proliferação dos valores neoliberais na sociabilidade capitalista. A sobrevalorização do mercado e o reforço do fetiche da mercadoria se expandem ao mesmo tempo em que se ampliam o desemprego, as variadas formas de contratação, de jornada e regime de trabalho, o enfraquecimento das organizações sindicais, as mudanças na normatização protetora do trabalhador e a perda ou o aprofundamento da fragmentação da garantia dos direitos sociais. A insegurança e o medo, resultantes dessas condições, são elementos fundamentais para tornar os trabalhadores mais vulneráveis e sujeitáveis às atuais formas de exploração do trabalho.

Alves (2009) chama a atenção para o paradoxo representado pela intensa utilização de dispositivos que estimulam o envolvimento do trabalho vivo com a lógica do capital (‘captura’ da subjetividade), acompanhada pela transformação de uma parcela crescente do trabalho vivo em força de trabalho desnecessária. No chamado novo complexo reestruturado da produção destrutiva do capital, o desemprego ultrapassa a condição potencialmente transitória do ‘exército de reserva’ e se transforma em condição crônica, estrutural, que caminha ao lado do processo social de ‘captura’ da subjetividade.

Compreendemos que a ‘captura’ da subjetividade corresponde à subsunção do pensamento e dos afetos do trabalhador à lógica de valorização do capital. As habilidades afetivas e comunicacionais são colocadas a serviço do capital, como meios de antecipação, de solução de problemas e de construção de um novo ‘trabalhador coletivo’, baseado nas redes informacionais e no trabalho em equipe. Mais do que isso, a inteligência, a capacidade

criativa, o conhecimento e os valores do trabalhador integram-se tanto aos objetivos da produção, quanto da agregação de valor, como assevera Alves (2011).

Concordando com o autor, compreendemos que se trata de um processo complexo que transcende as estratégias gerenciais e se difunde no cotidiano das relações sociais, pela produção e exposição contínuas de valores-fetiches que convertem expectativas e desejos emanados do mercado em valores supostamente universais. Abrange o âmbito da produção e da reprodução social, tornando-se a base do novo sociometabolismo do capital mundializado.

A qualificação profissional é chamada a responder à reconfiguração do mundo do trabalho e cumpre um papel importante na construção da subjetividade do ‘novo’ trabalhador que precisa ser (con)formado para dar conta de ‘trabalhos’ com alto grau de incorporação tecnológica e informatização e responder à variedade dos chamados ‘desafios’ que a produção flexibilizada suscitaria, tornando-se ‘polivalente’. A inteligência requerida, adverte Alves (2011; 2013), é na verdade aquela que melhor se adapta a essas exigências, colocando a serviço do processo de valorização mais do que o conhecimento, as capacidades criativas e a subjetividade do trabalhador. Acima de tudo, o sujeito trabalhador precisa ser moldado para a vida imprevista, sem garantias, individualizada ao extremo.

A partir da década de 1980, desenvolve-se um modelo especialmente voltado para responder às demandas de qualificação profissional geradas a partir da reorganização da esfera produtiva: o modelo das competências profissionais. Esse modelo está, portanto, ética e politicamente implicado com as transformações que buscam resgatar os níveis de acumulação do capital e de reconstituir as relações entre capital e trabalho, a favor do capital. Alves (2011) o qualifica como uma derivação ideológica da revolução das máquinas informacionais:

(...) o terreno ideológico a partir do qual se disseminam as noções estruturantes de flexibilidade, transferibilidade, polivalência e empregabilidade que irão determinar o uso, controle, formação e avaliação do desempenho da força de trabalho. (p. 76).

Os objetivos da formação passam a se inscrever no marco das competências, implicando-se com as metas da produção flexível, qualidade do produto, inovação científico-tecnológica e redução dos custos de produção. Dessa forma, visa-se qualificar trabalhadores flexíveis, capazes de lidar com as mudanças e os imprevistos ‘típicos’ do processo produtivo, polivalentes e atualizados continuamente, de forma que possam ser facilmente transferidos de função, caso necessário, ou que possam acumular várias funções, em caso de ‘enxugamento’ de quadros.

A apropriação socioeconômica da noção da competência, originária da psicologia do desenvolvimento, levou a educação a desempenhar o papel de “adequar psicologicamente os

trabalhadores às relações sociais de produção contemporâneas, o que denominamos de psicologização das questões sociais” (RAMOS, 2003, p.95).

As relações de trabalho são geridas individualmente, e ao trabalhador é atribuída a responsabilidade por desenvolver e atualizar o seu estoque de competências. Essa capacidade de se manter adequado ao mercado - este também desregulamentado e flexível - dá à força de trabalho a medida de sua ‘empregabilidade’, termo síntese que traduz o que se oferece e se espera do trabalhador. O Estado desincumbe-se de promover políticas públicas de garantia ao trabalho, de qualificação profissional; o mercado desobriga-se de prover as condições de trabalho estável; e o trabalhador se responsabiliza por sua qualificação, pelo desenvolvimento de atributos que o tornem e mantenham adequados ao mercado e às mudanças inerentes às novas relações de produção. A nomenclatura adotada – competências, empregabilidade, polivalência entre outros termos – cumpre a missão de tornar palatável, carregado de pretensa positividade, o processo de adaptação das qualidades humanas ao mundo reconfigurado do trabalho e das relações sociais atomizadas, competitivas, descartáveis. Conformou-se, assim, um “novo léxico que permeará a pedagogia escolar e empresarial imbuída do espírito do toyotismo” (ALVES, 2011, p. 76).

Operou-se uma verdadeira reforma no plano legislativo da educação brasileira, de modo a se produzirem as condições para a reestruturação do sistema de ensino, conforme o modelo das competências. Ramos (2005), sintetiza algumas questões que caracterizam o quadro promovido pela política de educação profissional (também um termo novo) no Brasil, na década de 1990 e início dos anos 2000:

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

Cabe notar que, como todo processo de captura do trabalho vivo pelo capital, a ‘captura’ da subjetividade do trabalhador é um fenômeno contraditório e complexo que não se faz completamente, nem de modo permanente, sendo, portanto, uma captura parcial e provisória. Implica a articulação de mecanismos coercitivos com estratégias de produção de consentimento que se estendem do trabalho às relações de reprodução social da existência humana. Produz conflito e enfrenta lutas e resistências, mas estas são deslocadas para o que o autor denomina de “dimensões ‘invisíveis’ do cotidiano e do trabalho”. (ALVES, 2011, p.

114) Nossa pesquisa buscou colocar luz sobre essas dimensões no tocante aos ACS, procurando explicitá-las.

5.4 Manipulação, desefetivação e estranhamento: sofrimento em expansão

Uma categoria que também nos ajuda a compreender as particularidades do movimento de precarização nas condições de crise estrutural do capital e hegemonia da produção flexível é o **estranhamento**. Traço típico do trabalho sob a égide da relação capital, o estranhamento desenvolve-se de modo particular e expandido, acompanhando os movimentos de transformação do trabalho e das relações sociais pelas quais o fetiche da mercadoria se imiscui progressivamente.

Retornamos a Marx e, em seguida, recorremos a três autores contemporâneos – principalmente, Iasi (2010) Alves (2010; 2013) e também Antunes (2011). Estes últimos fortemente orientados pelas ideias de Lukács, ajudaram-nos a compreender o problema do estranhamento no marco do capitalismo manipulatório.

Nos Manuscritos Econômicos Filosóficos, Marx (2010) examina o fenômeno do estranhamento como um produto histórico das relações econômicas, analisando-o nas condições do trabalho submetido às relações capitalistas de produção, baseadas na propriedade privada e na conseqüente divisão social do trabalho. Novamente, lembramos que essa divisão se refere fundamentalmente à separação histórica entre os que detêm os meios de produção e os despossuídos que passam a ser obrigados a vender a sua força de trabalho para sobreviver, transformados, eles mesmos, em mercadoria.

No processo de produção capitalista, no qual a força de trabalho assume a forma de mercadoria e é explorada pelo capital, o trabalho torna-se obrigatório e não consiste na satisfação de uma necessidade, como atividade vital humana, mas num meio de satisfazer necessidades exteriores ao trabalho. O resultado do seu trabalho contém, ao mesmo tempo, a riqueza que é apropriada por outrem e a miséria do trabalhador, numa relação inversa por meio da qual quanto mais riqueza produz, mais miserável torna-se a vida do trabalhador. O produto do trabalho exterioriza-se num objeto que se torna, ao mesmo tempo, estranho ao trabalhador e poderoso sobre ele. A objetivação do trabalho representa para o trabalhador a perda do objeto e a servidão ao objeto; a efetivação do trabalho é, simultaneamente, a desefetivação do trabalhador (MARX, 2010).

Essa dimensão do estranhamento correspondente à alienação do trabalhador em relação ao produto de sua atividade, que constitui o fundamento da interconexão entre

pobreza e riqueza, ou seja, o fenômeno pelo qual o produtor tanto mais pobre fica, quanto mais riqueza produz, uma vez que não pode dela, apropriar-se. A impossibilidade constituiu-se objetivamente, baseada na propriedade privada e na divisão social hierárquica da sociedade, e subjetivamente, por meio das atitudes e comportamentos pressupostos socialmente. (ALVES, 2009)

O estranhamento, entretanto, não se limita ao resultado do trabalho; ele se manifesta também no ato da produção. A atividade produtiva do trabalhador é, ela mesma, a “exteriorização ativa, a exteriorização da atividade e a atividade da exteriorização” (MARX, 2010, p. 82). O ato de produzir é estranhado como algo ao qual o trabalhador é forçado e que não lhe pertence, como uma força autônoma, algo independente e que se volta contra ele próprio. Essa atividade, que se confunde com a própria vida do trabalhador, suas energias física e espiritual, não se realiza como potência humana, como força, mas como castração, como miséria.

O estranhamento do trabalhador em relação ao objeto e em relação à atividade produtiva engendra, portanto, outras duas dimensões: o estranhamento do ser genérico e o estranhamento dos homens entre si.

Na medida em que o trabalho estranhado 1) estranha do homem a natureza, 2) [e o homem] de si mesmo, de sua própria função ativa, de sua atividade vital; ela estranha do homem o gênero [humano]. Faz-lhe da *vida genérica* apenas um meio da vida individual. Primeiro, estranha a vida genérica, assim como a vida individual. Segundo, faz da última em sua abstração, um fim da primeira, igualmente em sua forma abstrata e estranhada (MARX, 2010, p. 84).

No sentido ontológico, o homem se faz um ser genérico por meio do trabalho, a atividade vital realizada de modo consciente na qual o homem projeta a sua vontade sobre a natureza. O homem como produtor do mundo objetivo confirma-se como ser genérico, relaciona-se consigo mesmo como um ser universal e livre. Essa produção aparece ao homem como obra sua e como a sua efetivação. Ele contempla a si próprio na obra criada por ele, ou seja, o objeto do trabalho é a objetivação da vida genérica do homem.

Portanto, quando, no processo de trabalho estranhado, o objeto de sua produção lhe é destituído, sua vida genérica também lhe é subtraída. Ao reduzir a atividade livre (auto atividade) a meio, o trabalho estranhado transforma a vida genérica do homem em meio para a sua existência.

Aqui o estranhamento corresponde à alienação do produtor em relação à atividade produtiva, uma vez que o trabalhador não se reconhece como sujeito do processo de trabalho. Na medida em que este lhe é forçado, transforma-se em sofrimento. Ao alienar-se da

atividade que distingue o gênero humano – o trabalho - o homem aliena-se do próprio gênero humano. Fundamenta-se, assim, a interconexão entre trabalho e vida social, compreendida como vida humano-genérica, no entendimento de Alves (2009).

Do fato de o homem se encontrar estranhado do produto do trabalho, de sua atividade vital e do ser genérico do homem, resulta o estranhamento do homem em relação ao próprio homem:

Quando o homem está frente a si mesmo, defronta-se com ele o outro homem. O que é produto da relação do homem com o seu trabalho, produto de seu trabalho e consigo mesmo, vale como relação do homem com outro homem, como o trabalho e o objeto do trabalho de outro homem.

Em geral, a questão de que o homem está estranhado do seu ser genérico quer dizer que um homem está estranhado do outro, assim como cada um deles [está estranhado] da essência humana. O estranhamento do homem, em geral toda a relação na qual o homem está diante de si mesmo, é primeiro efetivado, se expressa, na relação em que o homem está para com o outro homem. (MARX, 2010, p. 85).

O trabalho estranhado, exteriorizado remete à relação que o homem estabelece com o produto objetivado do seu trabalho, como objeto poderoso cujo senhor é outro homem. O objeto do seu trabalho não lhe pertence porque pertence a outro homem; a atividade produtiva não lhe traz felicidade, mas martírio, porque está a serviço de outro homem que usufrui da riqueza gerada pelo seu trabalho. Enquanto é sofrimento para o trabalhador, é alegria para outro homem que é senhor do trabalho. Marx (2010) afirma que “a relação do trabalhador com o trabalho engendra a relação do capitalista (ou como se queira nomear o senhor do trabalho) com o trabalho” (p.85).

Iasi (2010)⁷², ao retomar o pensamento marxiano sobre o estranhamento, destaca a duplicidade do trabalho: como fundamento ontológico da sociabilidade humana e como causa do estranhamento em determinadas condições históricas.

O trabalho desenvolve-se historicamente, partindo da condição de atividade pela qual o homem altera a natureza para satisfazer as suas necessidades, de uma atividade movida por uma intencionalidade que, quando realizada, altera o próprio homem e produz novas necessidades. O autor utiliza como exemplo a ação do homem sobre o ciclo natural das plantas que modifica a natureza por meio do controle do plantio e da colheita. Esse processo cria a agricultura ao mesmo tempo em que transforma os homens de coletores em agricultores. As ações de preparar a terra para o plantio, a semeadura etc. levam o homem a criar instrumentos de trabalho que passam também a ser necessários e precisam também ser produzidos.

⁷² Os próximos parágrafos baseiam-se na leitura de Iasi (2010).

Trata-se, assim, do processo por meio do qual o homem se faz humano, a condição que especifica a humanidade. O homem produz o trabalho e, pelo trabalho, distingue-se dos demais animais, tornando-se independente dos elementos que compõem a natureza. Como mediação fundamental que diferencia a humanidade, o trabalho é um ato social, uma ação que combina os esforços de um conjunto de seres humanos que se relacionam entre si. Desse modo, os homens produzem socialmente o que é necessário para a sua existência, os meios e as relações sociais para esta produção, isto é, os homens se produzem como seres sociais.

Nesse processo, o agir humano se objetiva e se externaliza - uma vez que o trabalho produz objetos, bens de consumo e meios de produção que adquirem uma existência externa - e os indivíduos se inserem numa relação social com papéis diferenciados que os enquadram. Entretanto, não se manifesta, até então, o fenômeno do estranhamento, posto que as determinações que o constituem são intrínsecas a uma forma particular e determinada que o trabalho assume no seu devir histórico: a produção de mercadorias. Essa forma particular do trabalho atinge o seu ápice sob o processo capitalista de produção no qual o trabalho é subsumido ao capital.

A produção e a venda de mercadorias implicam que estas assumam um valor de uso e um valor de troca. Os produtos do trabalho passam a se relacionar como coisas portadoras de um determinado valor que, em certa proporção, permite a troca. A troca é a relação que permite o acesso aos produtos do trabalho e se baseia não no valor de uso, nem no trabalho concreto que o gerou, mas no valor de troca dos produtos. A forma mercadoria implica que a relação entre os homens se transfigure em relação entre as coisas, como se estas lhes fossem independentes.

O fetichismo da mercadoria corresponde justamente ao fenômeno por meio do qual a mercadoria parece ganhar vida própria, manifestando-se como algo autônomo, independente do trabalho que a gerou e do seu valor de uso. O trabalho que produz mercadorias, pressupondo a divisão social do trabalho e colocando em confronto proprietários privados de mercadorias diferentes (capital e força de trabalho), configura-se numa relação social que invisibiliza as suas características sociais, travestindo-as em características inerentes aos produtos do trabalho. O objeto criado pelo homem, inserido nas relações de produção e consumo de mercadorias, transforma-se em algo que ele não controla e que se volta contra ele próprio. Este fenômeno configura o estranhamento.

A separação do produtor direto dos meios de produção e a sua apropriação por proprietários privados transformam radicalmente o processo de trabalho e seus elementos constitutivos. O próprio sujeito do trabalho transforma-se em mercadoria apropriada pelo

capital para o processo de produção. O trabalho permanece uma atividade orientada para um fim, mas este fim não é mais definido pelo trabalhador, mas pelo proprietário dos meios de produção que se torna também o proprietário dos resultados do trabalho. O resultado, o sentido do processo de trabalho e o trabalhador passam a estar subordinados à valorização do valor.

Desse modo, o trabalho transita de fundamento da sociabilidade humana, meio pelo qual o homem desenvolve a sua humanidade, para a condição de trabalho estranhado, atividade produtiva que desumaniza o trabalhador, base das relações sociais do capital. Sob a condição de mercadoria, o trabalho torna-se o único meio para garantir a existência humana, ou seja, a satisfação das necessidades humanas e sociais implica a desumanização do trabalhador.

Alves (2009)⁷³, retomando Marx e Lukács, distingue categorialmente entre ‘trabalho estranhado’ e ‘estranhamento social’ ou ‘vida social estranhada’. O trabalho estranhado funda a vida estranhada, mas esta não se reduz ao trabalho estranhado. Seus fenômenos apresentam conteúdo e forma diferenciados.

O trabalho estranhado remete à produção material, ao trabalho estrito senso, à viabilização da existência, compondo-se das dimensões que acabamos de descrever. Baseia-se na apropriação privada da riqueza e na divisão hierárquica do trabalho, fundamentando a vida social. O estranhamento social corresponde às ‘derivações sócio-reprodutivas’ do trabalho estranhado, ao movimento pelo qual o trabalho estranhado transborda, para o metabolismo social, formas sociais estranhadas. A partir do trabalho estranhado, a vida social em suas múltiplas dimensões se constrói de modo estranhado, constituindo-se de formas sociais – instituições, valores e ideologias, por exemplo – que se interpõem ao desenvolvimento do ser genérico do homem. Nesse sentido, o estranhamento remete à dimensão da reprodução social e deriva ontologicamente do trabalho estranhado.

O estranhamento existe em todas as sociedades nas quais o trabalho é explorado. O que distingue o estranhamento no modo de produção capitalista é a sua ocultação, é o fato deste assumir uma forma social fetichizada, derivada do fetiche da mercadoria. O fetiche da mercadoria oculta do produto social o trabalho humano; nega-o como obra humana. Ao se difundir socialmente, a forma-mercadoria impregna o metabolismo social de fetichismo, reproduzindo o mesmo processo nas diversas objetivações sociais que passam a dissimular a origem social das coisas, negando o próprio homem que trabalha. A atividade social

⁷³ Deste ponto em diante, nossas reflexões acompanham o entendimento de Alves (2009 e 2010), com contribuições de Antunes (2011).

estranhada, apartada de seu produtor, contribui para reduzi-lo a um agente sistêmico do capital.

Segundo o autor, a fetichização social, ao ‘negar’ reiteradamente o estatuto do sujeito humano histórico-coletivo, produz uma sobrecarga de desefetivação que obstaculiza a *práxis* sócio-humana, o que explicaria a dificuldade em se instituir a *práxis* emancipatória e a perpetuação da relação-capital nas sociedades mercantis complexas do século XX.

No desenvolvimento da indústria capitalista, a mais-valia absoluta vai sofrendo os efeitos da luta de classes que institui limites à exploração capitalista do trabalho. A mais-valia relativa - obtida através do aumento da produtividade, com a manutenção ou a diminuição do tempo de trabalho, resultante da introdução de tecnologia na produção – passa a ser a forma predominante (sem, entretanto, extinguir a mais-valia absoluta). Configura-se, por meio da extração da mais-valia relativa, a subsunção real do trabalho ao capital.

Como explica Alves (2010), essa nova forma de exploração da força de trabalho baseada na extração de mais-valia relativa promove um aumento relativo do padrão de vida de boa parte da classe trabalhadora. Um conjunto significativo do proletariado industrial disporia de condições materiais – redução da jornada de trabalho e acesso a um salário adequado – indispensáveis para usufruírem uma vida plena de sentido. Entretanto, o mesmo processo que amplia a produção de mercadorias e modifica a exploração do trabalhador, introduz a classe trabalhadora no universo do consumo das mercadorias, como meio de realização da mais-valia contida em seus produtos.

Segundo esse autor, no contexto do capitalismo tardio, o consumo humano se vê tomado pela disseminação da relação de compra-e-venda de mercadorias, produzidas em escala massiva. Nesse movimento, ganha centralidade o fenômeno da manipulação capitalista que se opera sobre os indivíduos, induzindo-os ao consumo não somente dos produtos-mercadorias, mas do modo de vida que sustenta e reproduz as relações capitalistas. Na passagem a seguir, percebemos a dimensão e a importância do fenômeno da manipulação na atualidade⁷⁴:

A manipulação perpassa a produção e a reprodução social do capital, constituindo obstáculo decisivo ao desenvolvimento do ser humano-genérico. A manipulação devassa a vida cotidiana. Da produção ao consumo, do trabalho ao lazer, da cultura à política, a manipulação aparece como elemento essencial do modo de controle sociometabólico do capital em sua etapa tardia (ALVES, 2010, p. 15).

⁷⁴ A manipulação não é um processo exclusivo do atual estágio de desenvolvimento da relação capital que, em maior ou menor grau, sempre fez uso dessa forma de dominação. Entretanto, compreendemos que a dimensão manipulatória do capital encontra-se particularmente ampliada no contexto do capitalismo mundializado, de generalização das relações mercantis, de hegemonia do ideário neoliberal e de flexibilização das relações de produção e reprodução da vida em sociedade.

A subjetividade do homem que trabalha passa a ser objeto central de disputa para a reprodução social do sistema capitalista. É por meio da manipulação da consciência dos indivíduos – nós diríamos, também do desejo e das capacidades humanas mais subjetivas que passam a ser educadas para o consumo – que o tempo livre de trabalho é transformado em tempo de consumo, com finalidade em si mesmo. À medida que a forma-mercadoria se expande, a manipulação difunde a sua lógica nas diversas relações sociais, produzindo novas barreiras para a realização de uma vida rica de sentido. Referindo-se à Lukács, o autor afirma que o sentido do estranhamento está justamente “no descompasso entre a existência dos indivíduos e uma vida plena de sentido” (ALVES, 2010, p. 68).

A ‘superabundância de vida’ é sinônimo de aquisição de uma coleção cada vez maior e mais variada de mercadorias, sob a forma de bens materiais e culturais. A condição de consumidores abrange o homem-que-trabalha, mas envolve também jovens e crianças que não estão ineridos no processo de trabalho, universalizando-se como condição comum aos mais diferentes indivíduos. Apresenta-se, portanto, ainda mais abrangente do que a condição de trabalhadores assalariados.

A generalização da condição de consumidores torna opaca, por meio do fetichismo da mercadoria, a condição dos homens como produtores e as condições nas quais a produção capitalista se realiza - o trabalho explorado e estranhado contido no processo de produção dos produtos-mercadorias. O problema da manipulação e de uma vida plena de sentido atinge todos os que estão sob os efeitos das “implicações fetichizadas da estética da mercadoria” (ALVES, 2010, p. 72).

Antunes (2011) destaca que os atributos manipulatórios do modelo toyotista intensificam a sujeição do trabalhador ao ideário difundido pelo capital. Suas marcas são o envolvimento do trabalhador obtido de forma consentida, seduzido pela aparência mais participativa e democrática da gestão que, na verdade, esconde a permanência da separação entre as atividades de elaboração e execução. Nessas condições, o estranhamento se produz mediante o que o autor chama de envolvimento cooptado, por intermédio do qual o saber e o fazer do trabalhador são apropriados pelo capital. Em síntese, o trabalhador não decide efetivamente o que e como produz, o produto do trabalho continua sendo-lhe alheio e estranho, fetichizado sob a forma-mercadoria e o processo de produção continua submetido à lógica da produção de mercadorias.

O autor entende que “no universo da empresa da era da produção japonesa [toyotismo], vivencia-se um processo de estranhamento do ser social que trabalha, que tendencialmente se aproxima do limite” (ANTUNES, 2011, p. 40). Configura-se uma crise

que alcança a subjetividade do trabalhador, num momento em que suas formas de representação histórica se veem acudadas, afastando-se dos movimentos que disputavam o controle da produção e aproximando-se do chamado sindicalismo de participação e negociação. Esvaziam-se as pautas e os projetos que tinham como norte a transformação social e a emancipação do gênero humano, substituídas pela crítica a fenômenos da ordem capitalista, naturalizados nos limites da racionalidade neoliberal.

Alves (2010) apresenta o metabolismo social do capital, sob o capitalismo manipulatório, como dotado de um duplo processo: de dessubjetivação do ser genérico do homem e, portanto, de classe, que compromete o sujeito histórico (a capacidade de fazer história); e de subjetivação fetichizada, ou seja, de constituição de sujeitos afetados de negação (ou individualidades abstratas), cujas vidas se tornam carentes de sentido e privados da satisfação de carecimentos radicais. A frustração humana está diretamente associada à incapacidade de responder de modo satisfatório a essas necessidades, constituindo a base sobre a qual se desenvolvem processos de adoecimento.

A vida como campo de desenvolvimento humano está profundamente comprometida; os pressupostos objetivos necessários para a fruição da vida humana existem, mas estão impedidos pela relação-capital. É justamente nessa dimensão do estranhamento que desejamos nos deter.

O aumento da produtividade humana corresponde ao desenvolvimento das capacidades humanas, o aperfeiçoamento das forças produtivas que ampliam o controle dos homens sobre as forças da natureza, obtido pelo avanço das ciências e o progresso tecnológico. Potencialmente, criam-se as condições para uma melhor vida humana. Entretanto, como essas forças produtivas estão sob o controle do capital e a tecnologia está voltada para o atingimento dos objetivos da produção de valor, o conjunto da humanidade não pode usufruir igualmente das condições de vida que tais desenvolvimentos prometem. Na verdade, o acesso a tais condições é cada vez mais mediado pela capacidade desigual de compra dos indivíduos das diferentes classes e frações de classe, uma vez que as várias dimensões da produção e reprodução da vida humana são capturadas continuamente pela lógica da mercadoria. Desse modo, as melhores condições de vida não passam de uma ‘promessa’ que não se realiza.

No campo das ‘promessas’ contidas no processo de desenvolvimento das capacidades coletivas de produção e reprodução da vida humana, o Estado e as políticas públicas, que se desenharam a partir da luta de classes e se consolidaram na vigência do Estado de Bem-Estar Social, têm um papel de destaque. Portanto, os trabalhadores inseridos nos diferentes

processos de trabalho que compõem o conjunto de ações e serviços sociais – de educação, de saúde, de assistência social, entre outros – encontram-se em posições nas quais recaem as expectativas dos indivíduos em geral e as suas próprias, quanto à realização dessas promessas. Lembremos que, entre as funções desempenhadas por esses trabalhadores, particularmente aquelas que integram as ‘atividades-fim’ das políticas, predominam as atividades ‘vocacionadas’, aquelas que implicam a mobilização subjetiva dos trabalhadores desde a escolha da área de atuação e que perdura no desenvolvimento do seu trabalho.

É o caso dos professores, dos médicos, enfermeiros, juízes e de outras profissões que se inserem no setor público como espaço e meio de realização de suas atividades laborais e dos seus compromissos ético-políticos. As condições que dispõem para a realização do seu trabalho, os instrumentos, os espaços físicos, a formação profissional, a relação entre o número de trabalhadores e a quantidade de pessoas atendidas, entre outros aspectos, interferem sobre o resultado do seu trabalho. Interferem também as condições de acesso das pessoas às ações e aos serviços oferecidos.

Entendemos que, no trabalho no campo das políticas sociais, em atividades de caráter ‘vocacionado’⁷⁵, o estranhamento está fortemente relacionado à possibilidade de realizar o direito social que aquela política representa. Essa questão tem um caráter central no desenvolvimento do sentido atribuído socialmente ao trabalho dos trabalhadores públicos e para o sentido que ele próprio constrói sobre si e sobre o trabalho que realiza. Na interação com a possibilidade de realização desse direito e com a forma como este se viabiliza e se distribui socialmente, efetivam-se os esforços do trabalhador ‘vocacionado’, implicado com a qualidade e a universalidade do produto de sua criação.

A precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde é especialmente associada a essa particularidade do trabalho ‘vocacionado’ no campo das políticas públicas. Podemos dizer que os ACS, convocados a atuar na intermediação do direito à saúde, estão na linha de frente das contradições relativas ao desenvolvimento das possibilidades humanas socialmente produzidas no campo da saúde e o acesso socialmente negado, limitado, diferenciado ou constringido a essas possibilidades. Desenvolveremos essa compreensão nas análises das entrevistas com os ACS.

Não se trata somente da disponibilidade e do acesso ao desenvolvimento tecnológico, materializado nos aparelhos, nas técnicas de exame, de diagnóstico, de terapêutica. O ACS e o

⁷⁵ Alves (2012) refere-se ao trabalho vocacionado destacando o envolvimento da subjetividade humana em sentido pleno. Neste estudo, tratamos do trabalho vocacionado no campo das políticas públicas em referência à dimensão ético-política do comprometimento do trabalhador em relação às suas atribuições e aos objetivos do seu trabalho frente à concretização dos direitos sociais.

seu trabalho são particularmente sensíveis à própria compreensão do que é o processo saúde-doença, como ele se constrói socialmente e como ele pode e deve ser enfrentado. O ACS representa a potência de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença que implica a apreensão das condições de vida e das relações sociais na explicação do fenômeno do adoecimento e que tem sido sistematicamente obstaculizado pelos interesses do capital no campo da saúde.

Essa potência pode se realizar por meio de atividades educativas, de mobilização social, de encontros com sujeitos, de interação com suas histórias de vida e seus afetos, de troca e construção compartilhada de saberes e práticas, no tempo e nos momentos nos quais a vida se faz nas chamadas ‘comunidades’. Numa dimensão mais radical e abrangente, se realizaria na perspectiva da mobilização política de base popular, do conhecimento, da crítica e da ação individual e coletiva para o enfrentamento das iníquas condições de vida e saúde da classe trabalhadora. Entretanto, esse trabalho também pode ser – e, pelo que vimos, tem sido – capturado pelas metas e ações predeterminadas que atendem aos objetivos da gestão, do planejamento, da avaliação e do controle do trabalho, muito antes de atenderem às demandas e necessidades de saúde das pessoas. As tensões geradas são vividas pelos trabalhadores e configuram uma vertente importante de produção de estranhamento e sofrimento.

5.5 Sobre a intensificação do trabalho⁷⁶

Todo trabalho implica gasto de energia do trabalhador que o realiza. A intensidade corresponde ao grau de dispêndio de energia do trabalhador para executar a sua atividade laboral e está relacionada às condições nas quais o trabalhador desenvolve o seu trabalho e o modo de fazê-lo.

Conforme o tipo de trabalho realizado, capacidades diferentes da pessoa que trabalha são mais ou menos demandadas no agir humano, ainda que todas o sejam em todos os ramos de atividade. Segundo Dal Rosso (2006, p. 72), “o trabalho ocupa a pessoa como um todo. Todos os aspectos de sua personalidade são envolvidos no ato de trabalhar”. A análise da intensidade do trabalho tem, portanto, foco no sujeito do trabalho (individualizado ou coletivo), na quantidade e na qualidade do desgaste promovido pelo envolvimento de suas capacidades – físicas, mentais, culturais, relacionais, afetivas – para a realização do seu trabalho.

⁷⁶ A discussão sobre intensificação baseou-se no trabalho de Dal Rosso (2006).

A intensificação do trabalho caracteriza-se pela ampliação do dispêndio de energia – física, mental, afetiva - requerido ao trabalhador para dar conta da demanda de elevação quantitativa ou qualitativa dos resultados do seu trabalho. A depender do tipo de trabalho, o tipo de resultado varia e o tipo de energia exigida a mais também se modifica, assim como os problemas ocasionados à saúde do trabalhador. A análise da intensificação do trabalho compreende o exame das condições e dos processos que concorrem para o aumento do esforço empregado pelo trabalhador para executar as tarefas adicionais que a exigência por aumento de resultados lhe impõe. (DAL ROSSO, 2006)

Os problemas provocados pela intensificação do trabalho – mal-estar, problemas e agravos à saúde - variam em função do predomínio desta ou daquela capacidade humana mobilizada e/ou empregada no processo de trabalho. O maior emprego de força física costuma ocasionar problemas que se expressam predominantemente no corpo humano, como lesões ou ferimentos. Quando a demanda aumenta sobre as capacidades relacionais e afetivas, os problemas tendem a se manifestar no plano emocional e psíquico, como o estresse e a depressão que, com bastante frequência, implicam também sintomas físicos.

Três fenômenos relacionados à reestruturação produtiva, no contexto de crise estrutural do capital, têm produzido efeitos sobre o fenômeno da intensidade do trabalho: a revolução informacional, o ‘espírito’ do toyotismo incorporado às mais diversas frentes do trabalho e a ampliação da participação do setor de serviços na composição da força de trabalho ocupada. Da associação entre eles, resulta uma maior demanda pelas capacidades intelectuais, relacionais, culturais e afetivas dos trabalhadores que estão sendo empregadas sob a forma trabalho, em proporções nunca vistas anteriormente. Como consequência, modifica-se o tipo de problema gerado para o trabalhador pela intensificação do trabalho.

No campo da saúde, percebemos esses aspectos presentes na reorganização do processo de trabalho que, historicamente, já implica maior envolvimento das capacidades mais subjetivas do trabalhador, como as relacionais e afetivas. Com a incorporação da perspectiva gerencialista (manifestação do ‘espírito’ do toyotismo no setor público), a cobrança por resultados se amplia e as medidas de controle do trabalho se aprofundam e se capilarizam, afetando as atividades realizadas nos diversos momentos da atenção à saúde.

No caso do agente comunitário de saúde, suas atividades implicam certo dispêndio de energia física, como também dispêndio de energia relacionado com o envolvimento subjetivo e afetivo do trabalhador com o trabalho.

O dispêndio de energia física está associado, principalmente, ao deslocamento no território onde o ACS atua, percorrendo as distâncias entre a sua residência e a unidade de

saúde, entre a unidade e a área sob sua responsabilidade, entre as moradias que precisa visitar e assim por diante. Em geral, as áreas rurais, pela dispersão dos imóveis, exigem que o ACS enfrente distâncias maiores entre um endereço e outro. Esses percursos são feitos geralmente a pé. Em geral, as unidades de saúde não dispõem de carro para este fim e a gestão não fornece bicicleta ou motocicleta (conforme requerido por vários agentes), nem auxílio-transporte, uma vez que compreendem que o ACS ‘trabalha onde mora’.

A emoção e os afetos dos sujeitos são mobilizados praticamente o tempo todo, implicando também o dispêndio de energia. O principal meio de trabalho dos agentes é a interação com as outras pessoas e os temas que pautam os encontros entre os ACS e os moradores da comunidade envolvem frequentemente o sofrimento provocado pelos problemas de saúde e as dificuldades encontradas para o seu enfrentamento. A solidariedade é um atributo muito esperado do ACS e, geralmente, o trabalhador se dispõe a atuar, além do seu escopo de atribuições, para o equacionamento das necessidades que encontra entre os ‘comunitários’. Um exemplo do tipo de empenho colocado pelo ACS no desempenho de suas atribuições - e do que, para além delas, ele entende também ser sua obrigação - é a extensão da jornada de trabalho. É comum o ACS apresentar-se disponível para responder às demandas que surgem fora do seu horário de expediente.

O fato de trabalhar onde mora dificulta o estabelecimento de fronteiras entre o tempo de trabalho e o tempo de não-trabalho, o que vem sendo agravado pelas mudanças na organização do processo laboral. O desenvolvimento da perspectiva gerencialista e seus procedimentos de predeterminação de metas, controle e avaliação do trabalho, centrados especialmente no desempenho do trabalhador, e o pagamento por produtividade, produzem exigências que tendem a promover também a intensificação do trabalho dos ACS.

Procuramos demonstrar, por meio da análise das entrevistas, como essas questões relacionadas à precarização do homem-que-trabalha se manifestam entre os agentes comunitários de saúde e se relacionam com as condições nas quais o seu trabalho se desenvolve. Passemos aos sujeitos entrevistados.

6 TRANSFORMAÇÕES NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ACS: O QUE OS TRABALHADORES NOS REVELAM SOBRE A PRECARIZAÇÃO

Neste capítulo discutiremos os dados obtidos a partir da análise das entrevistas com 19 ACS de oito municípios da região Nordeste (NE): 4 ACS de Laje (BA); 4 ACS de Tauá e 2 ACS de Maracanaú (CE); 2 ACS de São Mateus do Maranhão (MA); 2 ACS de Abreu e Lima, 1 ACS de Garanhuns e 2 ACS de Recife (PE); 02 ACS de Piriapiri (PI).

Nessa região, os vínculos de trabalho dos agentes sofreram um importante processo de regularização, resultante da mobilização dos trabalhadores e da aprovação da Lei nº 11350 em 2006 (BRASIL, 2006b), que ofereceu as bases para a normatização das formas de contratação de ACS e ACE. São elas: a exigência do vínculo direto entre os agentes e o órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional; a contratação via CLT; o processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, respeitando os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência; e o aproveitamento de processos seletivos realizados segundo esses princípios para a regularização da contratação do ACS que ingressaram no SUS anteriormente à Lei nº 11350.

O relato das ACS entrevistadas em Pernambuco, por exemplo, mostra que o ano de 2008 foi um marco para o processo de luta e ‘desprecarização’ dos contratos de trabalho naquele estado, um dos pioneiros na implantação do PACS/PSF. Naquele ano, foi publicada a Portaria da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco nº. 078 (PERNAMBUCO, 2008), em cujo anexo constava a relação dos agentes comunitários de saúde que foram submetidos e aprovados em Processo Seletivo Público realizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, no período de 1991 a 2006. Em Garanhuns, a ACS3 somou 16 anos de vínculos precários entre 1992, ano em que foi contratada por meio de bolsa, e o ano de 2008, no qual passou a ser estatutária. Esse também é o tempo transcorrido entre o ingresso da ACS4 de Recife no trabalho e a sua efetivação como servidora pública. Em Abreu e Lima, a ACS2 viveu 14 anos de contratação precarizada, pois seu ingresso no SUS aconteceu em 1994.

Esses sujeitos constituíram-se, assim, em um grupo adequado à nossa investigação posto que, com o problema dos vínculos equacionados, pudemos nos deter na análise das condições e dos processos relativos ao trabalho dos ACS. Dialogando com a nossa hipótese de pesquisa, qual seja, que a regularização das formas de contratação é condição necessária, porém, não é suficiente para a superação da precarização do trabalho dos agentes, procuramos observar outras condicionantes desse fenômeno.

Outra característica importante da região NE para a nossa pesquisa é o longo tempo de inserção e atuação dos ACS no SUS. Encontramos trabalhadores que atuam desde a criação do PACS em seus municípios, o que nos permitiu ter acesso a comentários emitidos por um mesmo trabalhador a respeito de contextos diversificados de trabalho.

No grupo de entrevistados havia dezesseis mulheres e somente três homens, acompanhando o predomínio de mulheres que caracteriza essa categoria profissional. A maioria das mulheres encontra-se na faixa etária entre os quarenta e os cinquenta anos, com idade máxima de 55 anos. A escolaridade predominante é o ensino médio completo, com três ACS com ensino superior completo, duas formadas em Pedagogia e uma, em Letras, havendo ainda uma ACS com superior incompleto. Muitas cursaram o PROFAE ou outro curso de enfermagem, o que denota o interesse de se qualificar na área da saúde.

Sua trajetória escolar apresenta duas marcas importantes: 1) a interrupção da escolarização principalmente pela gravidez e/ou pelo casamento e, também, pela necessidade de exercer atividade remunerada; 2) a complementação da escolaridade após o ingresso no trabalho como ACS. Outra característica marcante é o ensino superior ser cursado em instituições privadas, o que as expõe a dificuldades como o não reconhecimento do curso pelo Ministério da Educação, fato que levou uma das ACS a não conseguir concluir a formação em Pedagogia.

Entre os homens, dois tinham o ensino médio completo e um, o fundamental incompleto.

O ingresso no trabalho de ACS foi fortemente caracterizado como a oportunidade de emprego que se viabilizou para esta fração da classe trabalhadora mais exposta ao desemprego, ocupações intermitentes, baixa remuneração e trabalho informal. Para a maioria das mulheres, o trabalho como ACS foi sua primeira atividade formalmente remunerada, sendo destacados como vantagens o fato de trabalhar perto de casa e a possibilidade de conciliar o trabalho com os afazeres domésticos e os cuidados com os filhos.

Nesse contexto, o trabalho de ACS representa uma maior estabilidade que permite às trabalhadoras e trabalhadores melhorar as condições de vida, como identificado no caso da elevação da própria escolaridade e a possibilidade de garantir a escolaridade para os filhos. É importante considerar que, apesar de todos os problemas destacados nas entrevistas, a atividade de ACS é algo importante e valorizado pelos trabalhadores que a exercem. Foi repetidamente expresso o desejo de mudanças, de melhorias, de reconhecimento do trabalho e de realização das atividades que consideram importantes para a saúde das comunidades em que atuam.

As questões que nos guiaram na análise das entrevistas foram selecionadas dentre aquelas formuladas desde o projeto de qualificação do doutorado, as quais provêm de experiências anteriores de pesquisa com os ACS. São elas:

1) Como se caracteriza hoje o processo de precarização social do trabalho dos ACS, o que implica saber:

1.1) que dimensões estão envolvidas nesse processo além do vínculo de trabalho?

1.2) como tem se definido o conteúdo do trabalho dos ACS (atribuições, responsabilidades, atividades)?

1.3) o que os ACS fazem; que atividades são priorizadas; como e onde seu trabalho é realizado (serviço X comunidade); o tempo dedicado às atividades; a relação trabalho prescrito/trabalho real; autonomia/heteronomia na condução do trabalho; a jornada de trabalho; extensão e intensificação.

1.4) como os novos modelos de gestão do trabalho, seus instrumentos e as ideias que promovem repercutem no processo e no conteúdo do trabalho dos ACS?

2) De que modo a precarização social do trabalho dos ACS se relaciona com as questões relativas à efetivação da saúde como um direito universal? E com as disputas em torno do modelo de atenção à saúde? Como as diferentes perspectivas quanto ao modelo de atenção à saúde afetam o trabalho dos ACS?

Essas indagações nos orientaram na organização e hierarquização dos dados produzidos a partir das entrevistas, tendo como norte geral a caracterização do sentido das mudanças operadas na prática dos ACS e os efeitos relatados ou depreendidos da fala dos trabalhadores, que possam ser compreendidos como dimensões da precarização. As categorias teóricas desenvolvidas na interação com as questões de pesquisa, ampliaram nossa capacidade de compreensão e análise dos fenômenos que configuram o trabalho dos ACS hoje. São elas: a condição de proletariedade; a captura da subjetividade; o estranhamento; e a intensificação. A **condição de proletariedade** e a **captura da subjetividade** referem-se ao plano mais geral do fenômeno, podendo ser depreendidas do empírico; o **estranhamento** e a **intensificação** correspondem ao plano mais específico do fenômeno, podendo ser identificadas no empírico.

A construção deste novo ponto de vista ofereceu mais clareza à complexidade das dinâmicas que se combinam na determinação das múltiplas dimensões da precarização do trabalho dos agentes. Chegamos, então, à identificação das mediações que se manifestam na particularidade desse trabalho, elaboradas sob a forma de categorias operacionais ou empíricas da pesquisa:

1. As ‘promessas’ não cumpridas e a frustração do trabalhador e do usuário;

2. A condição de morador-trabalhador e seus desdobramentos;
3. A burocratização das atividades;
4. A redução da autonomia do trabalhador;
5. A captura do significado social e a discordância de propósito do seu trabalho;
6. A subtração do tempo para o trabalho educativo;
7. O sofrimento originado no trabalho;
8. A desproteção da saúde do trabalhador - em aspectos físicos e morais - deslocamento a pé, falta de meio de transporte, protetor solar e outros EPI; exposição ao risco de violência sexual etc.

Inter-relacionadas, essas condições/mediações revelam-nos uma mudança mais radical que afeta o sentido do trabalho do ACS, produzem estranhamento e sentimentos de desefetivação da sua subjetividade, principalmente da sua potência criadora como trabalhador comunitário da saúde. Tentamos analisá-las de forma articulada, conforme expomos nos itens a seguir, como parte de um todo estruturado, expressão da dinâmica complexa do real em movimento.

6.1 Mediação enviesada: desefetivação e estranhamento no trabalho do ACS

O trabalho do ACS se caracteriza como um ‘trabalho ideológico’, modalidade do trabalho humano resultante da divisão social do trabalho, na qual predominam posições teleológicas secundárias. Enquanto as posições teleológicas primárias dizem respeito às ações do homem sobre a natureza, para a viabilização de sua existência, as posições teleológicas secundárias referem-se ao agir que se faz de homens sobre outros homens, cujo objetivo é colocar em movimento posições teleológicas dos homens sobre os quais atuam. No desenvolvimento das relações capitalistas de produção, o trabalho ideológico cumpre um papel importante na esfera da reprodução social, multiplicando-se em profissões e ocupações diversas, como é o caso do médico e do professor. No contexto da produção flexível, o trabalho ideológico vincula-se principalmente a processos que promovem o engajamento dos trabalhadores na produção e no atingimento das metas de produtividade que caracterizam a ‘captura’ da subjetividade (ALVES, 2013).

Compreendemos que, em relação ao trabalho ideológico, realizado no campo das políticas sociais, o estranhamento está diretamente relacionado à experiência de lidar cotidianamente com a contradição, cada vez mais profunda e explícita, do desenvolvimento das forças produtivas, sem que se realize o desenvolvimento do ser genérico do homem. Ao

mesmo tempo em que se amplia o campo dos possíveis, eles são delimitados pelas relações sociais capitalistas e se tornam concretamente cada vez mais restritos.

No âmbito das políticas sociais, essas delimitações, intrínsecas ao desenvolvimento contraditório das relações sociais capitalistas, compreendem os obstáculos colocados à efetivação da socialização dos bens e serviços, correspondentes a direitos universalmente distribuídos e progressivamente mais abrangentes, cuja capacidade de responder às necessidades humanas acompanhasse e fosse proporcional à expansão do domínio técnico socialmente produzido do homem sobre a natureza. A (re)mercantilização crescente dos processos relativos à reprodução social da força de trabalho ampliam e aprofundam a distância entre o bem-estar que a humanidade é capaz de promover e o acesso da classe trabalhadora às possibilidades de fruição da vida.

O trabalho do ACS, desenvolvido no âmbito das políticas públicas de saúde, especificamente da Atenção Básica, realiza-se na ‘frente’ mais avançada do processo de produção do cuidado no SUS e de ampliação do acesso à saúde. A necessidade da sua instituição no SUS fez-se na medida em que as relações sociais produziram a exclusão de frações expressivas da classe trabalhadora do direito à saúde. Como vimos, com o desenvolvimento do SUS e da Atenção Básica a partir dos anos 1990, o ACS é convocado a recuperar esses grupos para o campo das políticas públicas, porém sob condições restritivas, expressões das contradições produzidas pela hegemonia neoliberal na condução política e econômica do país. O ACS materializa, como trabalhador, desde a concepção de sua função, o desenvolvimento contraditório do direito à saúde no Brasil.

Por meio do seu trabalho, o ACS torna-se um vetor fundamental de expansão do direito à saúde, cujos resultados expressam os enfrentamentos entre as diversas concepções que disputam a conformação do SUS e suas políticas. Tais disputas remetem a posições que, para fins de exposição, poderiam ser polarizadas entre a concepção da saúde como direito e da saúde como mercadoria, incluindo as várias posições intermediárias, ambíguas e combinadas que estes polos contêm e que contribuem para as várias formas que o sistema de saúde assume.

A dimensão do estranhamento sobre a qual projetamos o foco diz respeito aqui, fundamentalmente, à incompatibilidade entre o que o setor saúde, representado pela Unidade de Saúde da Família e os serviços de outros níveis de atenção, poderia ter condições de oferecer e atender e o que é efetivamente disponibilizado para as pessoas, mediante o trabalho do ACS. Estudo de Pinto et al (2016, p. 369) corrobora essa percepção, afirmando haver uma

“intensa desproporcionalidade entre as necessidades enunciadas e as práticas executadas pelo serviço de saúde”.

Essa incompatibilidade tem várias nuances. Sua principal aparição se dá quando o ACS, o principal mediador do acesso das pessoas ao direito à saúde, não consegue viabilizar o atendimento de uma demanda, para a qual o SUS poderia e deveria ter uma resposta. Aparece também quando o trabalhador reconhece uma necessidade de saúde, a partir do contato com as pessoas que acompanha, mas esta não condiz com aquilo que os serviços legitimam como demandas de saúde pertinentes e que, portanto, deveriam ser atendidas.

Encontramos ainda três outras situações que analisamos em relação à categoria estranhamento: quando parte do trabalho do ACS não é reconhecido como um trabalho pertinente pela unidade de saúde e os demais profissionais; quando o próprio ACS não reconhece parte do que realiza como sua atribuição; e quando o ACS realiza além do que está estabelecido como seu escopo de atividades, em resposta às dificuldades para as quais o sistema de saúde e outras políticas não oferecem atendimento.

A principal tensão se constitui entre o que o trabalhador compreende como sendo o trabalho que lhe cabe no processo de atenção à saúde e o que as políticas, a gestão e o processo de trabalho têm lhe designado. Nos três planos – das políticas, da gestão e do processo de trabalho – desenvolvem-se as dinâmicas que conformam as condições e as relações de trabalho dos ACS. São definidos, provisória e contraditoriamente, o conteúdo, a extensão, o lugar na divisão social e hierárquica do trabalho em saúde e o valor social atribuído às suas práticas laborais. As sujeições e as resistências do trabalhador acontecem no cotidiano do trabalho e na organização coletiva, dimensão da qual não trataremos nessa tese.

Para fins de exposição do problema e da análise de suas mediações, agrupamos cinco situações-exemplares que trataremos como manifestações do trabalho estranhado no cotidiano do trabalho dos ACS, seja pela negação ou pela resistência:

- 1) Quando o usuário não tem acesso ao direito que o ACS representa ou este não consegue o que as pessoas necessitam – um exame, uma consulta com especialista – sabendo que a possibilidade existe, mas o sistema não a viabiliza. Está diretamente relacionada ao que justifica o seu trabalho, ao que ele foi convocado a realizar: o papel de mediador, de viabilizador do acesso das pessoas à saúde em diversos sentidos.
- 2) Quando ele identifica necessidades ou particularidades das condições das pessoas, leva isso para a equipe, mas não consegue que o médico ou outro profissional que deveria ser mobilizado, seja sensível ao que ele está dizendo e modifique a sua

conduta em relação ao caso em questão. Afinal, não seria esse o trabalho de mediação que o ACS é convocado a realizar entre as pessoas dos territórios e as equipes de saúde?

- 3) Quando o serviço e outros profissionais não reconhecem parte das atividades realizadas pelo ACS como trabalho propriamente dito. Isso repercute, por exemplo, no momento do preenchimento do relatório de trabalho no sistema de informação e o ACS percebe que o que ele realiza é muito mais do que é possível preencher. Boa parte do que ele faz não conta como produtividade, portanto, não é valorizada.
- 4) Quando o ACS vê o seu tempo tomado por atividades que ele não reconhece como seu trabalho e as identifica como trabalho não-prescrito ou desvio de função.
- 5) Quando o ACS assume atividades que fogem ao escopo de suas atribuições profissionais, por iniciativa própria em função do seu compromisso ético.

A possibilidade (ou não) de encaminhamento bem-sucedido das necessidades e dos problemas de saúde identificados pelos agentes, no contato com as pessoas no território, intervém diretamente no significado socialmente apreensível do seu trabalho e produz consequências importantes para o ACS. O valor social do seu trabalho e a sua satisfação profissional estão diretamente relacionados ao que chamamos de quebra de uma certa ‘promessa’ do Estado para a qual o ACS se faz um representante avançado (no sentido territorial e pessoal).

O sucesso alcançado pelo trabalho do ACS pode ser: um encaminhamento para atendimento com especialista, o agendamento de uma consulta ou exame, a realização da vacina necessária, entre outros resultados que implicam um retorno positivo para o usuário e gratificante para o trabalhador. Em medida semelhante, o fracasso na obtenção do que é necessário para os usuários coloca em questão o trabalho que o ACS realiza, com efeitos sobre a sua legitimidade:

Assim, uma vez, eu já fui expulsa de uma residência. Chegou um morador muito problemático. Eu fui cadastrar⁷⁷, ele nem queria se cadastrar. Depois eu falei como era o meu trabalho, pra quê servia o meu trabalho... Aí ele deixou eu cadastrar: cadastrei ele e a família. Depois a mulher dele teve apendicite e aí ficou muito mal. Aí ele foi em busca de ajuda, não achou ajuda. Quando eu cheguei lá, no próximo mês, pra visitar, aí ele disse: ‘ah, você tá aqui. Os políticos botam vocês na porta, mas na hora que a gente precisa, não acha ninguém. A gente precisou de uma pessoa pra ajudar a gente! Precisei de um carro: não tinha!’ (ACS 5 – Laje)
A gente fica desacreditado na comunidade. A gente passa na comunidade e diz: ‘Olha, vai ter isso, isso e isso, assim, assim assado’. Aí a pessoa vem, aí quando a

⁷⁷O cadastro é condição de acesso à ESF e, a partir dela, aos demais níveis de atenção que integram o SUS.

peessoa chega aqui, não tem. Aí no dia que a gente passa lá: ‘Minha irmã mas tu tá aprendendo a mentir agora, não tá? Minha irmã, tu tá igual a fulano, mentindo’. Entendeu? Então fica difícil, minha filha. Muito difícil! (ACS 15 – São Mateus do Maranhão)

Nota-se, nesses dois relatos, que as agentes conseguem a adesão dos moradores à proposta de trabalho da ESF, mas o serviço não atende à necessidade que essas pessoas lhe apresentam, quando precisam. Com isso, desacredita-se o trabalho das ACS e promove-se a ruptura de uma relação que estava apenas começando entre as ACS, esses moradores e os serviços de saúde. Nesse mesmo sentido, a ACS 4 de Recife relatou que, às vezes, lhe dizem que ela “ganha dinheiro com a cara”, como se ela não fizesse nada. Diante de todo o trabalho que ela realiza, a aparência de ‘não trabalho’ percebida por alguns ‘comunitários’ expressa as consequências para a trabalhadora da não viabilização do acesso e da incompatibilidade entre o que o serviço oferece às pessoas e o que elas realmente precisam.

Compreendemos que a impossibilidade de atendimento das necessidades de saúde das pessoas é devida, principalmente, às insuficiências ou aos limites das políticas públicas que se manifestam nas ‘faltas’ e ‘recusas’ dos serviços diante das demandas e necessidades que lhes são apresentadas. As insuficiências e os limites se reproduzem nas estratégias de gestão e na organização do processo de trabalho que definem as prioridades dos serviços e a forma de atuar das equipes profissionais, supondo, a priori, a exclusão de certas atividades e de parte das pessoas que integram o território adscrito, ou colocando-as em situação contingente. Entretanto, em geral, a cobrança recai principalmente sobre os ACS.

As cobranças são descritas como um peso a mais, uma sobrecarga:

Porque você é muito cobrada. O Agente de Saúde é cobrado em tudo. (...) Pela comunidade. Porque se falta a medicação, a culpa é do agente de saúde. Se falta médico, a culpa é do agente de saúde. Se o vizinho não se dá bem com outro, se o prefeito não faz alguma coisa, a culpa é do agente de saúde. Aí você fica muito sobrecarregada. (ACS1 - Abreu e Lima)
 (...) não adianta estar todos os dias naquela casa sem conseguir sanar aquele problema. (ACS 5 – Laje)

A negação do direito à saúde, do atendimento às necessidades de saúde das pessoas, parece ser a via principal pela qual a barbárie social promovida pelo capitalismo manipulatório, de racionalidade neoliberal – que nega o estatuto de humanidade a frações cada vez maiores da classe trabalhadora - impregna de estranhamento a atividade profissional do ACS.

A condição de morador dos territórios adscritos às unidades de saúde da família, exclusiva do ACS, intensifica o contato desse trabalhador com os efeitos negativos gerados na vida das pessoas pelas falhas dos serviços de saúde. Ele continua em contato com os

problemas não resolvidos mesmo após o horário de trabalho. As consequências do ‘seu trabalho’ transbordam para o seu espaço e tempo de vida, cujos limites se fizeram tênues propositalmente, desde a sua instituição como trabalhador do SUS, quando a política definiu o seu local de moradia como o *locus* do seu trabalho e a residência na comunidade, como uma exigência para o trabalho.

As implicações dessa dupla condição – trabalhador e morador - aparecem nos relatos dos ACS. Diante das necessidades e urgências das pessoas e das insuficiências dos serviços de saúde, o trabalho dos agentes inclui, frequentemente, esforços pessoais empenhados na tentativa de resolver ou mitigar os problemas vivenciados pelos usuários. No caso narrado a seguir, chama a atenção a dedicação da ACS para que um jovem conseguisse realizar o tratamento completo da tuberculose, cujo sucesso implica o uso correto e contínuo da medicação pelo período prescrito (geralmente, seis meses).

(..) um rapaz de uma família de uma condição bem precária, envolvido com droga, que já tinha tido caso de mortes na família por questão da tuberculose. Ele tinha perdido a mãe e ele já era reincidente na Tb [tuberculose]. Era a terceira vez que ele tinha sido diagnosticado e ele sempre resistia ao tratamento por conta da droga, da dificuldade, da falta de apoio, de orientação, de tudo, tudo favorecia para que ele não tivesse mais amor próprio. Foi o que ele falou, ele disse: ‘não, pra mim, agora, eu só quero morrer, não vou mais cuidar disso, não tem mais jeito’. Então, em 2014, ele me procurou. Eu sempre conversava com ele, mas ele sempre resistia. Aí ele me procurou e disse: ‘[nome da ACS], eu tô muito ruim, me ajuda’. Aí eu fui e falei com a enfermeira e a gente trouxe ele pra cá [pra unidade]. A enfermeira cuidou de todos os exames e de repente ele sumiu. Ele precisou ser internado porque ele ficou bem mal, mas ele voltou. Depois que ele voltou, trouxe os exames do hospital, foi visto que ele já tinha cavernas pulmonares, então era um caso bem [grave]. Ele precisava iniciar a medicação, mas também com alimentação. Eis a questão: ele não vai, ele pode até iniciar esse tratamento, porém ele não vai concluir. Aí o que pode ser feito? Existe aquele trabalho do DOT, a dose supervisionada que a gente precisa fazer, mas aí era um trabalho que o meu dever, eu tinha que fazer de segunda a sexta. Eu assumi de segunda a sexta, sábado, domingo e feriados. Todos os dias eu ia lá colocar na boca dele [o remédio] pra ver ele tomar. Algumas vezes na casa dele não tinha água, aí eu já ia com uma garrafinha, comprava uma garrafinha de água e ia. Outro dia ele dizia: ‘eu não vou tomar porque amanhã eu não tenho o que comer e se eu tomar esse remédio vai me dar muita fome’. Porque, na verdade, a impressão que dá é que o remédio dá fome, mas não é isso. É que está matando a doença e aí começa a surgir o apetite. A gente sabe, mas ele não sabe disso, e algumas vezes aí eu já ia com a água pra ele tomar e a alimentação pra ele comer no outro dia porque, senão, ele não ia tomar o remédio.

Aí eu levava da minha casa. E assim ele foi tomando essa medicação e foi melhorando, melhorando. Ele chegou aqui na unidade, ele estava pesando 39 quilos. Com um mês e pouco, quando ele voltou, ele já estava próximo aos 50 quilos. Ele já estava bem forte, bem melhor. (ACS4-Recife)

Percebe-se claramente que a ACS expressou uma compreensão ampliada do problema vivido pelo rapaz, percebendo que o sucesso do tratamento dependia do acesso regular não somente à medicação, mas também à alimentação e à água potável, sem mencionar o apoio emocional que suas visitas diárias ofereciam ao jovem. Não dispondo de opções por vias

institucionais e públicas para dar conta de uma situação para a qual a unidade de saúde oferecia uma solução parcial - o acesso ao medicamento -, a ACS atuou durante oito meses pessoalmente, de forma privada e intensiva, junto ao jovem em tratamento. O empenho da agente em prover o que era necessário para a continuidade do uso da medicação envolveu outros membros de sua família e amigas, como uma antiga técnica de enfermagem que residia na comunidade, para visitar o rapaz quando ela, por motivo incontornável, não podia fazê-lo. Para a ACS, o objetivo fora alcançado: a cura do rapaz. Era isso que importava.

Há muitos sentimentos envolvidos no caso narrado. Dizem respeito ao vínculo que se criou entre a ACS e o jovem, à satisfação de ambos com o resultado alcançado e à gratidão que ele demonstrava para ela. Inclui-se também a sensação manifesta pela ACS de que cumprira com o que ela entendia ser uma obrigação e do quanto isso lhe era gratificante:

(...) ele criou um vínculo forte assim comigo, até porque ele também era meu vizinho lá né e estava próximo. Eu sempre estava observando ele, sempre dava uns puxõezinhos de orelha, e algumas vezes ele passava por mim e dizia assim: '[nome da ACS], tu é minha mãe, eu só não morri por causa de tu'. Isso é coisa que é gratificante porque eu ia mesmo, na chuva, nas férias, não tinha férias, não tinha sábado, não tinha domingo, não tinha feriado (...) (ACS4 – Recife)

Mas outros afetos também foram mobilizados. Foram produzidos pelas reclamações do marido e pelas críticas dos colegas que consideravam a conduta da agente imprópria, ou não profissional, imaginando, provavelmente, a possível repercussão para eles próprios, de outros casos semelhantes:

(...) algumas vezes eu recebi crítica. Até na minha casa, na minha família, meu marido também não gostava muito: 'dia de domingo, [nome da ACS]?' Mas eu assumi, isso fui eu que assumi, eu não fui obrigada, isso fui eu que assumi. (...) alguns colegas me criticaram: 'Ah mas você não vai ganhar mais nada por conta disso'. Mas nem tudo é dinheiro, não é? Eu acho que a gente não recebe muito por um salário não, a gente recebe muito mais pelo que a gente faz do que pelo salário. Claro que o salário é necessário, todo mundo tem que trabalhar, mas a gente ganha muito mais além do salário, eu penso assim. Então ele ficou bom, porém agora há pouco, vai fazer um mês que ele foi assassinado, de graça, não tinha nada a ver. (ACS4-Recife)

A 'natureza' do trabalho 'vacionado' da ACS fica clara quando ela relativiza a importância do salário como parâmetro para o que ela 'ganha' "(...) a gente recebe muito mais pelo que a gente faz do que pelo salário". Essa forma de pensar o trabalho confere força para a agente, mas o trágico desfecho da história, com a morte do rapaz, pouco tempo antes da entrevista acontecer, manifestava-se na tristeza perceptível no olhar e na fala da agente. A ausência dele se faz sentir como um usuário e como um vizinho, como alguém das relações pessoais da ACS, que tinha uma casa pela qual ela passa no seu itinerário de trabalho e de

vida no território. Há pouco espaço para o ‘distanciamento profissional’ que parece lhe ser requerido pelos colegas.

É quase irônico pensarmos em distanciamento de um trabalhador em relação aos problemas das pessoas que atende, quando justamente foi a proximidade do ACS em relação à comunidade, o compartilhamento das mesmas condições de vida e as relações previamente estabelecidas por ele com as pessoas no território que, em primeiro lugar, lhe habilitaram para o trabalho.

Ao assumir o compromisso de realizar o acompanhamento da medicação mesmo nos finais de semana e feriados e de levar alimentação e água para o rapaz em tratamento, a ACS compreende que se trata de algo que transcende as suas atribuições profissionais, alvo da crítica tanto da sua família quanto de seus colegas de trabalho. Entretanto, ainda que a forma como ela se auto responsabilizou possa ser colocada em discussão, as necessidades percebidas pela trabalhadora não extrapolam o campo da saúde, nem do trabalho em saúde, considerando-se a concepção ampliada do processo saúde-doença e a sua determinação social.

O trabalho da ACS expressa uma perspectiva sobre saúde coerente, por exemplo, com os princípios da integralidade do cuidado, como discutidos por Mattos (2004). Baseada no conhecimento da realidade da vida do rapaz e no diálogo com ele, ela compreende as suas necessidades e estabelece uma proposta terapêutica. Nessa proposta, estão incluídas a medicação observada, o fornecimento de alimentação e de água potável. Revela, portanto, também o reconhecimento da diretriz da intersetorialidade, que remete à interface com outros campos das políticas sociais, relativos às diferentes determinações sociais do processo saúde-doença, conforme as apresentam Carvalho e Buss (2008).

Historicamente, a legitimidade e a valorização do trabalho dos ACS têm se construído na interface entre as habilidades que este trabalhador desenvolve para promover o acesso das pessoas aos serviços de saúde e a capacidade de se mobilizar e realizar diligências para além do que se instituiu oficialmente como sendo suas atribuições. Sendo assim, as ações da ACS, antes de revelarem um desvio na sua conduta profissional, revelam as falhas e as contradições do sistema de saúde, dentre as quais estão a (não) valorização dos atributos subjetivos dos ACS. Revelam, também, a desqualificação das implicações que esses atributos trazem para o trabalhador, presente na crítica dos serviços às condutas que se pautam por tais qualidades, e, por extensão, a sua desqualificação como profissional de saúde.

Entretanto, essa forma de atuar da ACS expressa uma positividade que se manifesta sob a forma de resistência às delimitações que os serviços de saúde tentam lhe impor. Resistência no plano individual, mas com potenciais implicações no coletivo.

Os problemas detectados pela ACS para o tratamento do rapaz implicam objetos de outras políticas públicas: a alimentação, a geração de emprego e renda, o transporte público, o acesso e a posse da terra, a segurança, os bens culturais, a educação, o lazer, entre outras tantas e múltiplas dimensões do viver humano em sociedade que condicionam o processo saúde-doença (BRASIL, 1986). A ACS toma para si equacionar os problemas para os quais as políticas sociais deveriam estar sendo convocadas. Ao fazê-lo, ela coloca em prática a compreensão ampliada do processo saúde-doença, base do princípio da integralidade no SUS e da diretriz de intersetorialidade e expõe o não atendimento, pelas políticas, dos direitos das pessoas. Mas, a potência dessa atuação, para superar o plano individual, precisaria, no mínimo, ser acolhida e apoiada pela equipe da qual a ACS faz parte.

Quando os serviços e os demais profissionais não reconhecem as ações praticadas pela ACS como legítimas, como parte do que deveria ser o seu trabalho, afastam-se de concepções estruturantes da atenção integral e da clínica ampliada e deixam de incorporar o conhecimento produzido pela trabalhadora como elemento reestruturante das atividades da unidade. Deixam também de aproveitar a oportunidade de dar visibilidade a necessidades fundamentais da vida humana, socialmente determinadas – fome e sede – e de reforçá-las como pauta para as políticas sociais.

Na situação narrada pela ACS, há uma frase que revela o quanto ela tomou para si, como um componente particular, pessoal, a produção dos cuidados que as políticas públicas não foram capazes de prover para o bem-estar do rapaz assistido por ela: “Mas eu assumi, isso fui eu que assumi, eu não fui obrigada, isso fui eu que assumi”. Se, de um lado, há uma satisfação pessoal com o resultado alcançado, por outro, nota-se o esforço que a ACS teve que mobilizar além da sua carga de trabalho cotidiana. O que deveria ser objeto de discussão e planejamento conjunto com a equipe, visibilizado pela ACS, torna-se um fardo para uma única trabalhadora. Perdeu-se, no processo, a possibilidade de problematização e definição coletiva do que é ou deixa de ser objeto de trabalho na Atenção Básica e de construção de um projeto coletivo de cuidado que implique as relações com os demais setores das políticas sociais.

A base das tensões observadas remete ao fato de as políticas públicas promovidas pelo Estado brasileiro não alcançarem a totalidade da população, nem serem planejadas para fazê-lo de fato, integralmente e com a qualidade devida. Ainda que esta seja uma tensão comum aos trabalhadores que atuam no campo das políticas públicas e dos direitos sociais, no caso da saúde, os efeitos da desassistência podem ser imediatos e graves e, na particularidade dos ACS, ganham uma carga afetiva extra, decorrente da já mencionada dupla condição de

trabalhador e morador da comunidade. O contato permanente com essa situação tem sido fonte de sofrimento e adoecimento, como os descritos pela mesma ACS 4 de Recife:

(...) você vê uma pessoa precisando de um neuro, por exemplo, né, tem casos de pessoas que estão precisando de uma consulta com um neuro há muito tempo, há anos. Não é coisa de meses, de dias, é de anos e são casos críticos que precisam e não têm condições de pagar uma consulta, é muito caro (...) e a consulta até se consegue pagar como foi falado né, alguém falou nisso, que a gente até dá um jeitinho de pagar a consulta. É, mas e os exames? Os exames que precisam ser feitos, só exames caríssimos, como é que a gente vai garantir que essa pessoa vai dar continuidade ao seu tratamento se não tem condições? Aí as pessoas se queixam muito disso e você fica de mãos atadas, a sensação é que você é impotente mesmo e que tudo que você fez foi nada. Eu já ouvi muito isso: ‘engraçado, vocês chegam aqui com uma conversa bonita, vai pro posto, vai pra consulta, aí a gente sai cedo de casa, marca consulta e vai pra consulta e a médica encaminha, quando chega na hora do encaminhamento a gente passa cinco anos esperando o encaminhamento e aí, adiantou de quê? Não, não venha mais aqui’. A gente já ouviu isso, ‘não venha mais aqui porque não resolve nada’. E isso não é culpa da médica, não é culpa da unidade, não é culpa do ACS, da menina lá que tá marcando, de quem é essa culpa? Essa culpa é do sistema, porém essa conta quem paga sou eu, porque sou eu que eles encontram na rua, então é de mim que eles cobram, não é? E eu que levo a primeira tacada, aí daqui que eu venha explicar pra eles de quem é o dever de garantir essa assistência e que eles venham a entender e aceitar (...) E você tem que ter a cabeça, mentalidade pra aturar aquilo ali e, algumas vezes, como também já aconteceu de você praticamente ser ameaçada na área, de ser, de alguém querer lhe agredir na área por conta disso e você ser morador da área com família, com filho, com marido, e de repente a família, pra querer tomar a sua dor, querer brigar mesmo com o usuário lá, com o comunitário. Eu já me deparei com uma situação dessa, que por conta dessas coisas eu passei a ser ameaçada e o meu marido chegou a dizer que também tomava a frente. Olha aí, não fica mais difícil? E você ter que conciliar as duas coisas, aí isso adoce, aos pouquinhos a gente vai adoecendo, nós temos colegas com problemas de saúde, na nossa equipe, por exemplo, a agente [nome da agente], ela já tem um problema de saúde, mas que na continuação desse trabalho só agravou (...) É o número gritante de ACS hoje que estão em desvio de função por conta dessas coisas, que tomam medicações controladas por conta do emocional que fica bem sacudido, bem balançado, mesmo, por conta de toda essa problemática que enfrenta no dia a dia (...) (ACS 4 – Recife)

O trabalho do ACS implica cuidar das pessoas. Como já dissemos, trata-se de um trabalho de ‘natureza’ ‘vacionada’ e, à semelhança da profissão ‘vacionada’, demanda criatividade, engajamento e dedicação pessoais. Envolve a subjetividade do trabalhador em seus mais variados atributos. Podemos dizer que se trata, assim como no caso das professoras de Marília, analisado por Alves (2013), de um trabalho criativo com implicações estranhadas no qual a criatividade acaba orientando-se para o equacionamento de problemas que seriam de responsabilidade das políticas públicas. Despontencializa-se a capacidade criativa do ACS no sentido mais propositivo, próprio de suas atribuições como educador popular de saúde.

A questão da ‘vocação’ estrito senso, no caso dos ACS, guarda certas especificidades. A literatura tem mostrado que a maior parte dos ACS busca esse trabalho como saída para o desemprego, não necessariamente orientados pelo desejo de trabalhar na saúde, muito menos, como ACS especificamente. Quando introduzido no SUS e tornado uma frente de emprego na

saúde, esse trabalho era desconhecido para os ACS que iniciaram a trajetória dessa ocupação e, portanto, o sentido ‘vocacional’, quando havia, era mais genérico, de contribuir com a melhoria da saúde da comunidade. Além disso, não se trata de uma profissão para a qual há uma formação prévia instituída que acolhesse uma possível ‘vocação’. A ‘vocação’ vai se instituindo com o processo de identificação do ACS com o trabalho que realiza e de reconhecimento da importância do que faz para si e para as pessoas que atende.

O depoimento de uma ACS expressa como a motivação para o trabalho se construiu, passando pela necessidade e pela experiência de participação em movimentos sociais e atividades culturais:

(...) quando eu fui fazer a minha seleção foi com a cara e a coragem, pedindo a Deus que me ajudasse porque eu precisava desse emprego, queria muito trabalhar. E, assim... quando eu fui olhar eu achei que ele era a minha cara, sabe? Eu participava muito dos movimentos, eu era gremista nas escolas, eu participava do teatro da cidade... eu sempre gostei muito de participar dessas coisas. Então, quando eu vi, eu disse: ‘É a minha cara. Eu quero’. Mas foi sem nenhum conhecimento na área (...)
(ACS 13 – Tauá)

De todo modo, as qualidades subjetivas, especialmente o chamado ‘pendor para a ajuda solidária’, foram sobrevalorizados para a construção do perfil social do ACS e, no decorrer do desenvolvimento do seu trabalho no SUS, circunscreveram os seus atributos profissionais, as suas atribuições e as condições em que o seu trabalho se realiza, com efeitos para a sua formação e normatização profissional, como vimos. Constituem justamente o conjunto de aspectos pessoais que são ativados quando o ACS se depara com as dificuldades na realização do direito à saúde e, reflexivamente, compõem a complexidade de sentimentos e afetos mobilizados no trabalhador.

No relato apresentado a seguir, vemos os esforços de outra ACS junto à assistência social do seu município, à unidade de saúde e à própria comunidade, para prover as necessidades de alimentação e medicação de uma pessoa que ela acompanha.

Semana passada, mesmo, eu tive um problema com uma mulher que eu estava acompanhando. Ela é hipertensa, ela teve AVC, ela não estava em condições de trabalhar, mora sozinha e começou a passar necessidade de alimentação mesmo. Então, o que foi que eu fiz? Eu fui no CRAS [Centro de Referência da Assistência Social], cadastrei ela, o CRAS confiou em mim, mandou a cesta básica dela por mim. Depois, a assistente social veio aqui, fez uma visita a ela e conseguiu a cesta dela. Depois, teve um período que eu fui, já no final desse ano de 2015, que eu fui pedir, fui ver se tinha como conseguir outra cesta básica. O CRAS não estava fornecendo por questões financeiras da Prefeitura. **Mobilizei** a comunidade, fiz uma cesta básica, levei pra essa mulher. Depois, agora recente, ela estava sem condições... Até não tinha como comprar o remédio. Fui à Laje, procurei o CRAS novamente, pra ver se conseguia dar retorno/continuidade com a cesta básica. Depois, procurei a farmacêutica pra ver o que a gente poderia fazer com as medicações dela (se a gente poderia cadastrar pra essas medicações dela ficarem

vindo, pra ela não ter que comprar). Então, isso aí são coisas que eu busco resolver. Se eu vejo que tem algum órgão lá na cidade que pode me ajudar, eu vou lá e busco ajuda. (ACS5-Laje, grifos nossos).

Na situação apresentada, a ACS procurou diretamente o órgão responsável pela oferta da cesta básica, pautando-se novamente por uma concepção ampliada do processo saúde-doença e pela intersetorialidade. Desse modo, o problema foi resolvido temporariamente, uma vez que a assistência não teve continuidade. Quando esses recursos não foram mais possíveis, ela recorreu à própria comunidade para prover a alimentação à mulher cuja saúde estava sob sua responsabilidade profissional, porém não exclusivamente. Mais uma vez, diante de problemas de saúde – no caso, hipertensão e acidente vascular cerebral – a ACS se move com um olhar mais abrangente e mobiliza ações para o atendimento de várias necessidades que ela foi capaz de perceber e levar para o CRAS e ao serviço de saúde. Estes, por sua vez, não cumpriram, ou cumpriram parcialmente, as suas respectivas responsabilidades diante do problema em questão.

O uso do verbo ‘mobilizar’ pela ACS -“mobilizei a comunidade, fiz uma cesta básica...” - evoca um papel também historicamente atribuído ao ACS e inspirado no percurso desse trabalhador junto aos movimentos sociais, antes da sua inserção no SUS. Trata-se de uma dimensão do seu trabalho que tem sido cada vez mais desconsiderada ou excluída, como temos observado tanto nas mudanças operadas nos documentos que normatizam o trabalho dos ACS, quanto na sua prática cotidiana. Podemos considerar que, na realidade, esse é um aspecto do trabalho do ACS que também já se instituiu com delimitações produzidas pela sua ‘natureza’, isto é, por ser parte de uma política pública desenhada e promovida a partir do Estado capitalista, notadamente no contexto neoliberal dos anos 1990 e início dos anos 2000.

No mínimo, existe uma ambiguidade que perpassa a ideia do ACS como um mobilizador. Guardadas as devidas nuances e interfaces, transita-se entre a concepção que se refere a um caráter político propriamente dito, com objetivos de organização coletiva, enfrentamento e superação das condições de desigualdade e uma concepção mais próxima da ação social solidária, com objetivos mais afeitos ao plano comunitário, ao voluntarismo e ao empreendedorismo. Esta última é a que tem prevalecido e, mesmo esta tem sido esvaziada, contribuindo para a desefetivação do ACS como sujeito do seu trabalho, capaz de contribuir para a transformação social. A captura do seu trabalho promove a sua sujeição como agente da reprodução sistêmica das condições de vida e saúde da classe trabalhadora e, portanto, da sua própria vida.

As ações de mobilização social e de atuação intersetorial exigem discussões, planejamento e interação com pessoas e instituições, ou seja, exigem tempo e precisam ser priorizadas no processo de trabalho. No contexto da gestão por produtividade, suas possibilidades de realização são ainda mais reduzidas, aguardando uma oportunidade de se inserir na agenda, o que raramente se confirma. (FONSECA e MENDONÇA, 2015).

Lacerda (2010) apontou para uma discrepância entre o que se lia nos documentos da política acerca da atuação do ACS como um ‘mobilizador social’ e o fato de o processo de trabalho do agente estar organizado de tal modo que não viabilizava essa possibilidade de atuação. Hoje, percebemos que tanto a prática observada e relatada pelos ACS, quanto os documentos que regulam o seu trabalho caminham no mesmo sentido: de esvaziar essa atuação, deixando inclusive de mencioná-la. Assim se objetiva o que vimos no capítulo 5, sobre as alterações nos documentos normativos.

O fato de o Estado conferir a atribuição de mobilização social ao ACS não configuraria uma contradição virtuosa, posto que essa mobilização, se ampliada e levada à sua radicalidade, poderia abalar ou reverter as relações sociais que produzem e mantêm esse mesmo Estado?

É importante percebermos que o ACS é chamado a atuar como intermediário entre os serviços e as chamadas comunidades numa via de duplo sentido: como um ‘porta-voz’ das necessidades de saúde das pessoas dos territórios abrangidos e como um representante do Estado junto aos moradores, viabilizador do acesso aos serviços de saúde. Silva e Dalmaso (2002) compreendem esse duplo sentido como uma polarização formada, de um lado, pelo papel institucional assumido pelo ACS no serviço de saúde e, de outro, pela sua ligação com a comunidade. Entendemos que mais do que uma relação polarizada, trata-se de um complexo de mediações que interagem de forma dialética e contraditória, tornando o trabalho do ACS e ele próprio particularmente tensionados e afetados pela discrepância entre a expectativa do direito universal e integral à saúde e as condições insuficientes, excludentes e precárias para a sua realização.

Inseridos na dinâmica contraditória das relações sociais expressas nas políticas públicas, as características historicamente desenvolvidas por esses trabalhadores, na atuação como sujeitos políticos no campo dos movimentos sociais, sofreram processos de captura e resignificação (nunca totais, deve-se registrar). Transformadas em atributos e atribuições de um agente ligado ao Estado, passaram por uma espécie de transfiguração que lhes retirou o conflito, aquilo que lhes remetia a um horizonte mais largo de transformações e luta coletiva. Os ACS passaram, assim, de mobilizadores a ‘mediadores’, termo que contribuiu para a

despolitização do significado e do conteúdo do seu trabalho. Ao mesmo tempo, temos percebido que a mediação que lhe tem sido possível realizar tende crescentemente a se limitar a tal ponto que se torna frequente o acionamento de estratégias pessoais para a viabilização do atendimento das necessidades dos usuários.

Na prática, os ACS se ressentem de não conseguirem aliviar o sofrimento e viabilizar o acesso das pessoas ao atendimento que percebem ser necessário. O desejo de mudança passa pela solução das dificuldades de acesso à própria unidade de saúde da família, mas principalmente das barreiras enfrentadas para o encaminhamento dos usuários para outros níveis de atenção (realização de exames, consultas com especialistas, cirurgias eletivas):

(...) Porque, no meu ponto de vista, não adianta estar todos os dias naquela casa sem conseguir sanar aquele problema. (ACS 5 – Laje)

Eu gostaria que esse nó fosse desatado, que chegasse mais rápida a solução do paciente, para não ter um paciente que demorou dez anos para descobrir o câncer da mãe.

Dentro da equipe de profissionais também. Aqui é desenrolado. O problema é chegar aqui e passar para redes maiores. Melhorando isso, melhorava como um todo.

Porque o difícil é você estar lá e a mãezinha chorando que já está há tantos dias esperando, esperando e não ter solução.

(ACS 9 – Maracanaú)

Percebemos o sofrimento dos ACS pela incapacidade até mesmo de mediar (no sentido restrito), já que não tem recursos (consultas, exames) para oferecer. A fala remete a uma mediação limitada que tem como horizonte desempenhar bem o seu papel profissional de organizar o acesso aos recursos clínicos envolvidos no processo de cuidado. Os dramas relatados, em geral, não transcendem o patamar da assistência; até porque como esta é a principal demanda das pessoas ao procurarem os serviços de saúde (PINTO et al, 2016), é essencial que o seu atendimento se garanta, para que se produza espaço para outro tipo de trabalho. A impossibilidade de prover atenção a problemas fundamentais inviabiliza a adesão das pessoas, por exemplo, às atividades de caráter educativo. Além de ter que lidar com a frustração diante das falhas do sistema de saúde, os ACS têm que enfrentar também a frustração pela dificuldade para desenvolver o trabalho que eles consideram mais relevante e que poderia lhe dar mais satisfação.

Quanto às práticas educativas, propriamente ditas, desenvolvidas pelos ACS, Bornstein e Stotz (2008) as relacionam também à noção de mediação, problematizando-a. Segundo os autores, tendo em vista as concepções de educação que a sustentam, a mediação pode ser classificada em dois tipos: mediação conservadora e mediação transformadora. A mediação conservadora implica a transmissão de informações e a correção de

comportamentos, de acordo com o contexto ao qual se deseja integrar o indivíduo, contribuindo para que esse contexto não se modifique. Já a mediação transformadora, ao contrário, tem como horizonte a transformação da sociedade, no sentido da sua democratização. Baseia-se numa concepção dialética da educação e contribuiria para o desenvolvimento de novas práticas, nas quais os diferentes saberes e experiências podem colaborar para a atenção à saúde das pessoas.

Os autores alertam ainda que:

A forma de mediação praticada não depende apenas da vontade ou qualidade dos ACS. Interferem múltiplos fatores entre os quais: as diretrizes dos serviços; as metas exigidas; a organização dos serviços e sua permeabilidade à demanda da população; a formação dos agentes de saúde e dos demais profissionais de saúde. (BORNSTEIN e STOTZ 2008, p. 264)

A noção de mediação social pode também ser problematizada junto à noção de solidariedade, outra marca do discurso das políticas de saúde sobre o perfil social do ACS. A solidariedade anunciada no suposto ‘pendão à ajuda solidária’, um dos atributos esperados do ACS, remete-nos à compreensão de sociedade civil que tem prevalecido na análise das políticas nas sociedades capitalistas contemporâneas.

Segundo Wood (2003), dentre os usos comuns mais importantes de sociedade civil, encontra-se o de corte liberal, que tem origem na distinção entre sociedade civil e Estado, tomando como antíteses o Estado e o não Estado, o poder político e o social. Essa polarização corresponde à oposição entre a coação, representada pelo Estado, e a ‘liberdade’, representada pela sociedade civil. Tal compreensão de sociedade civil implica um processo de ‘despolitização’ das organizações de participação social e coincide com a crise das instituições de representação dos trabalhadores. Ficam, assim, enfraquecidas as possibilidades de percepção da natureza ideológica dessa construção, assim como, restringem-se as possibilidades para o seu enfrentamento.

É essa versão de solidariedade que adere ao perfil social do ACS e a sua atuação passa a ser expressão de uma forma de conceber e conduzir as políticas sociais baseadas no ‘potencial solidário’ da sociedade civil reduzida, em nossa forma de entender, aos parâmetros restritos da sociabilidade capitalista contemporânea. O ‘comunitarismo’ e a ‘solidariedade’ que compõem o perfil social atribuído ao ACS parecem ser produto desse processo de apagamento do caráter político da sociedade civil nos marcos ideológicos do neoliberalismo.

Processo semelhante ocorre quando se naturaliza a necessidade dos ACS como mediadores sociais, seja como mediador do acesso da classe trabalhadora aos direitos sociais, especialmente de saúde, seja na sua aceção simplificada de ‘tradutor cultural’ do encontro

entre os profissionais de saúde e o usuário. Essa naturalização corresponde à ‘desistorização’ dos processos que excluíram segmentos da classe trabalhadora do acesso a equipamentos e bens públicos, dentre os quais os serviços de saúde. Diz respeito também à redução de processos históricos que produziram a clivagem entre o conhecimento dito científico e o conhecimento de base popular e a sua redução a ‘problemas de comunicação ou entendimento’ entre profissionais e usuários do SUS. Como resultado, despolitiza-se o trabalho e o papel dos ACS como agentes de saúde de extração popular, com potencial para questionar a realidade e contribuir para a promoção de ações de mobilização, com vistas à sua transformação. Configura-se o que propomos denominar de ‘mediação enviesada’, seja pelo seu alcance restrito ou pela captura dos seus objetivos.

Considerando, novamente, a origem do trabalho do ACS no campo dos movimentos sociais contestatórios da ordem instituída, compreendemos que se realiza um processo de ‘captura’ progressiva da subjetividade dos trabalhadores num plano coletivo, intersubjetivo, no qual os indivíduos vão se constituindo como trabalhadores do *status quo*. Essa é uma história que não se faz, nem se conta, no plano das individualidades, mas da trajetória coletiva e dos significados compartilhados entre os homens e as mulheres que trabalham como ACS.

Como sabemos, não se trata de uma ‘captura’ perfeita, como nos lembra Alves (2011), de uma sujeição completa, sem resistências e contraposição. O ACS tem uma posição privilegiada no sentido de conseguir observar e problematizar situações nos territórios abrangidos pela ESF que, sem a sua presença, tendem a permanecer comodamente invisíveis. Ele lida com os ‘gargalos’ do sistema, suas falhas e incompletudes, e acompanha os desdobramentos do não atendimento dos problemas de saúde na vida das pessoas. Talvez, por isso, a sua presença se torne particularmente incômoda num contexto de aprofundamento das desigualdades e das limitações para as políticas de saúde com objetivos universais, como veremos na análise dos documentos produzidos no contexto do golpe iniciado em 2016, no capítulo 7. Restringir as possibilidades de exercício dessa potência pode ser uma questão de necessidade para um sistema que se baseia na reprodução de iniquidades e precisa cotidianamente produzir as condições para a sua perpetuação.

6.1.1 Trabalhar onde mora, morar onde trabalha: sofrer com e como o outro

Tendo como principal fundamento para o seu trabalho o objetivo de promover acesso das pessoas aos serviços de saúde, o ACS guarda a condição particular de ser ele mesmo um representante da fração da classe trabalhadora a qual se destinam as suas funções. Na política

de saúde, como já vimos, isso se instituiu por meio da exigência de que esse trabalhador more onde atua, uma condição que lhe é exclusiva. A noção difundida pela política é que o agente deve compartilhar as mesmas condições de vida das pessoas que atende e, com isso, portar habilidades diferenciadas para o processo de trabalho, possuindo uma capacidade maior de solidariedade diante dos problemas e infortúnios encontrados, como já dito. Uma questão que se destacou na fala dos ACS foi a constatação de que, em relação principalmente à saúde, esse trabalhador e sua família vivem dificuldades semelhantes de acesso:

(...) nós precisamos entrar em cotas [d]o posto. A questão de exames, consultas... A gente precisa entrar na cota... na cota do posto. Por exemplo, agora eu estou com muita dor nos ossos, mas eu preciso entrar em uma cota para que eu vá para determinado médico. (ACS3 - Garanhus)

As cotas a que a ACS 3 se refere correspondem a consultas, exames ou outros encaminhamentos inseridos na dinâmica de referência dessa unidade para outros níveis da atenção à saúde, nesse caso, uma consulta com ortopedista. Num contexto de escassez de recursos, de serviços e de trabalhadores insuficientes, diante das necessidades de saúde da população local, essa cota não é um mero dispositivo organizativo, mas uma expressão da dificuldade de acesso que atinge duplamente a ACS: como trabalhadora e usuária do SUS.

A restrição do acesso ao atendimento das diversas necessidades de saúde e suas repercussões para cada usuário é algo do qual não estão isentos os diversos trabalhadores das unidades, entretanto, lembramos novamente, o ACS é o trabalhador convocado a atuar diretamente sobre esse problema. É sobre ele que recai a tarefa de facilitar o acesso das pessoas aos serviços e ações de saúde, tendo, ele próprio ou seus familiares, dificuldades semelhantes. É ele também quem convive reiteradamente e diretamente com os efeitos dessa restrição na vida dos chamados ‘comunitários’, não somente nas visitas domiciliares, mas também nos espaços de convívio no território.

Tal situação está intrinsecamente relacionada à condição de trabalhador que, como proclamado pelo PACS e pelo PSF, vive ‘vida igual às pessoas que atende’. Essa condição, como já problematizamos, foi tanto justificativa para os ACS serem selecionados entre os moradores dos territórios alvos do PACS/PSF, quanto se tornou critério, até hoje praticado, de seleção desses trabalhadores. Como se percebe, tornou-se também fonte de sofrimento e de conflitos em relação ao seu trabalho, conforme vários relatos.

O conflito pode se dar em situações que remetem a outro processo de limitação do atendimento das pessoas, de caráter mais subjetivo, sobre o qual também se espera a atuação dos ACS. São as dificuldades de compreensão ou de sensibilização dos demais profissionais

em relação ao sofrimento ou às necessidades e particularidades das pessoas, cuja responsabilidade sanitária o ACS compartilha com as equipes da ESF. Nos relatos a seguir, a ACS parte de uma observação mais genérica sobre a necessidade de os profissionais da Saúde da Família se prepararem para as especificidades do trabalho em comunidade. Depois, passa a narrar o conflito com o novo médico de sua equipe, quanto à não realização das visitas médicas que a ACS julga necessárias para o atendimento de pessoas em condições especiais.

A minha dificuldade é assim, eu acho que, para uns profissionais estarem fazendo esse trabalho de PSF eles deveriam passar por uma capacitação. Todos os profissionais. Porque é diferente de você fazer um trabalho de emergência, em ambulatório do que fazer um trabalho em comunidade. Às vezes a gente traz os problemas da comunidade e a gente não é bem compreendido. Eu pelo menos tenho muita dificuldade.

Não consegue se integrar nas dificuldades que a gente tem. Por exemplo, a gente trabalhava com um outro médico e que para ele, ele entendia que o idoso era limitado para chegar ao posto, dependia de um transporte, ele entendia que ele deveria fazer essa visita. Esse que está com a gente agora, se ele chegar na casa do idoso e vir que ele está caminhando, aí não, aí ele não entra mais, não precisa fazer essa visita. Eu já me chateei e disse assim: 'eu vou pedir para o senhor colocar no prontuário dele que ele não precisa de visita porque assim eu fico acobertada e diminui as minhas visitas'. Eu tenho uma idosa minha que tem 100 anos e a última visita que eu fiz com ele foi com ela. Porque os outros conseguem caminhar. A gente fica se chateando, está entendendo? Eu tenho um paciente cego, mas que anda. A família pede que eu leve o médico lá porque tem dificuldade de sair com ele. E mais uma paciente que tem eczema no pé e não anda, mas ele [o médico] disse: 'não, a família pode trazer'. Esses questionamentos não me agradam, porque se a família está pedindo e o programa diz que a equipe tem que fazer essas visitas... E não é para fazer **uma** visita, as visitas têm que ser **contínuas**. Do mesmo jeito que os agentes de saúde fazem, todo profissional tem que fazer também. Todo dia tem que fazer uma visita, todo dia tem que estar na área, tem que estar com o agente, mas só o agente é que tem que estar na área. Então são essas coisas que a gente... (ACS2-Abreu e Lima, grifos nossos)

Nessa fala, a ACS revela o conhecimento das condições das famílias sob seus cuidados, demonstrando a sua indignação diante da recusa do médico em reconhecer a necessidade de atendimento em domicílio de pessoas que a ACS identificou como impossibilitadas ou com dificuldade de comparecer à unidade de saúde. Segundo o seu relato, são pessoas idosas, com necessidades especiais, ou problemas de saúde que dificultam sua locomoção, justificando o quanto é difícil, para elas, a ida à unidade.

Nessas situações, o conhecimento e a capacidade da ACS para discernir uma condição especial é posta em dúvida ou desqualificada por um profissional – o médico - cujos poder e autoridade são há muito instituídos e dificilmente questionados. Esta é mais uma forma de negar ou desqualificar o trabalho do ACS, ou ainda, de mantê-lo sob a tutela do profissional superior que delimita boa parte da efetividade de suas ações.

É importante notarmos que a ACS apresenta uma compreensão bastante bem fundamentada sobre como deve ser o trabalho das equipes de saúde da família, tocando num

ponto crítico: a visita domiciliar. Tradicionalmente, a visita domiciliar é uma atividade realizada com maior frequência, ou melhor, diariamente, pelos ACS, tendo um caráter estruturante do seu trabalho no território. No entanto, a VD faz parte também do rol de atribuições dos demais profissionais com características e objetivos próprios às suas profissões. (BRASIL, 2012). O problema é que a presença na área é motivo de cobranças pelo serviço que recaem mais pesadamente, ou quase exclusivamente, sobre os ACS; como se a obrigação da presença no território fosse exclusivamente desse trabalhador.

Mas não é só a realização da VD que enseja esse tipo de conflito. Outras situações também o fazem, especialmente as que requerem uma certa flexibilidade dos demais trabalhadores para lidar com as particularidades das condições de vida da fração da classe trabalhadora atendida pela Estratégia Saúde da Família – uma especialidade dos agentes. No relato abaixo, a ACS critica a técnica de enfermagem de sua equipe quanto ao cumprimento estrito das regras de funcionamento da unidade, em detrimento da oportunidade de prover o cuidado que a pessoa busca na unidade, muitas vezes, tendo que superar obstáculos que a ACS conhece bem.

(...) é uma pessoa boa [a técnica de enfermagem], mas que tem outra visão, tem outra forma de trabalhar entendeu? Não tem um jeitinho brasileiro que é assim: ‘o que é que a gente pode fazer pra ajudar, pra melhorar?’ ‘Não pode, é assim’. E a gente não está acostumado a trabalhar assim.

‘Porque tem que ser assim, então se tem que ser assim’. Mas você lidar com pessoas, com comunidade, com dificuldade e você sabendo que você pode fazer alguma coisa pra ajudar e você não fazer, muitas vezes, até por falta de querer, é desumano, eu acho desumano, entendeu? ‘Olha a hora da vacina é de uma hora da tarde às 15:30, ah você chegou agora 15:30 em pontinho já fechou, não faço mais porque já fechou’ Mas aí veio aquela mãezinha com o bebê no braço lá daquele fim de mundo, lá da minha área, o solzão na cabeça, na maior dificuldade, às vezes, vem uma gestante se arrastando, um idoso, aí chegou aqui em cima da hora. ‘Não vou fazer porque era pra você ter chegado antes, você chegou 15:30, você vai voltar, amanhã você vem de novo’. É justo isso? Porque a regra diz que tem que ser assim, é justo isso? [Nome da técnica anterior que se aposentou] fazia, ela aguentava lapada, porque ela ia levar, mas ela fazia. (ACS4 - Recife)

Percebemos claramente a importância das especificidades da condição de trabalhador-morador na configuração do conflito ou do sofrimento produzido por essas situações enfrentadas pelos ACS. Novamente, notamos que, se por um lado, essa condição é o diferencial do trabalho do ACS, por outro, é fonte importante de desgaste para esse trabalhador. Na fala que destacamos a seguir, podemos conhecer o peso de ser depositária do segredo de seus vizinhos e a necessidade de manter a conduta ética e o sigilo que a atitude profissional exige.

Aí se você não pode estar passando as informações do paciente, você absorve. No caso, eu absorvi muito problema. Porque tem casos na área que a gente não tem

como passar pra ninguém, é sigilo mesmo. Tem paciente que é Tb [tuberculose] e não quer que ninguém saiba, porque ainda tem aquele preconceito. Pra ninguém ficar sabendo. Tá no médico, aí vem a curiosidade do vizinho: ‘tá assim, tá assado’. Aí disse ‘não. Tá fazendo tratamento pra alguma finalidade. Alguma coisa que surgiu’. Entendeu? A gente tem que ser profissional mesmo. (ACS1- Abreu e Lima)

Essa situação fica mais clara se a compararmos com o que acontece com os demais profissionais das equipes de saúde da família diante de problemas semelhantes. É esperado que esses não revelem as informações e o segredos relativos ao atendimento dos usuários. Entretanto, encerrado o horário de trabalho, as potenciais questões manifestas no encontro com os usuários cessam. No caso dos ACS tais questões permanecem presentes, pois os ACS encontram as pessoas - seus vizinhos – na igreja, nas ruas, nos bares, em casa etc. No cotidiano do território adscrito, os ACS continuam lidando com a curiosidade, a indiscrição, as tensões geradas por casos cuja suspeita levanta preconceito ou segregação na chamada comunidade onde vivem.

A importância da questão dos afetos provocados pela escuta cotidiana dos problemas das pessoas, principalmente nas visitas domiciliares, demonstra a sua importância ao se repetir no relato de vários ACS entrevistados:

(...) Porque você trabalha com a comunidade, você vê a necessidade da comunidade, você não é um agente de saúde, você é um psicólogo, tudo ali. Você fica sobrecarregado porque você vê a necessidade”. (ACS1-Abreu e Lima)

(...) a gente absorve muito na área, a gente convive com muitos problemas, muitos problemas, a gente se depara com muita dificuldade em relação à saúde das pessoas que é o ponto que a gente trabalha, em relação à condição de vida, de moradia, de alimentação, de tudo, você se depara. É horrível. Só sabe isso quem está lá, na ponta. Você chegar em uma casa e ver uma mãe cheia de criança chorando, pedindo comida, chorando, pedindo ‘tia eu estou com fome’. E aí? Você faz o quê, entendeu? Aí você fica assim com a mão na cabeça. É complicado demais. Só sabe, só sabe, quem vive. É de você chorar mesmo na área. Muitas vezes a gente tem que voltar pra casa e buscar o alimento pra dar mesmo porque não tem, não tem condições, entendeu? (ACS4 -Recife)

Ambos os relatos se referem a uma sobrecarga emocional provocada pelo contato com as necessidades das pessoas cuja saúde está sob a responsabilidade do ACS e de sua equipe, mas cujas determinações, muitas vezes, transcendem suas possibilidades de atuação profissional. O acúmulo dessas situações traz como efeito um sofrimento importante que acompanha esses trabalhadores e, não sem frequência, provoca o seu afastamento do trabalho. O primeiro relato apresentado é de uma ACS que está afastada de suas funções atuando na farmácia da unidade, devido à depressão. Aliás, este é o problema de saúde mais referido pelos ACS nas entrevistas, seja a respeito de si próprio ou de algum colega.

No caso da orientação às mulheres sobre os seus direitos, entram em questão aspectos relativos às relações de gênero nos territórios atendidos, o que deve ser levado em

consideração também pelo fato de predominarem mulheres entre os ACS. Repercuta nessa atividade a existência do trabalho em equipe e quanto/como o trabalho da ACS é apoiado e complementado pelos demais trabalhadores, de modo que as atividades de educação e orientação possam ser partilhadas tanto no que diz respeito ao ato de sua realização, como também nos encaminhamentos e desdobramentos que estas possam implicar.

Lembremos, mais uma vez, que a ACS, mesmo após o expediente, convive com os efeitos da violência contra a mulher, do abandono das famílias pelo marido ou companheiro, das dificuldades em conciliar o cuidado com os filhos e as atividades que geram renda. São elas mesmas, muitas vezes, protagonistas dos conflitos gerados pelo equilíbrio instável entre o desgaste e o ‘ganho de poder’ experimentado pelas mulheres provedoras, chefes de família, enfim das inúmeras situações vividas pelas mulheres trabalhadoras pobres.

Já pensou entrar na casa de uma pessoa que é usuário de drogas? Aí o cara tá batendo na mulher, aí eu vou dizer que sou agente de saúde, vou dizer que sou do CCDS [Conselho Comunitário de Defesa Social] e ainda faço parte de um grupo de mulheres? Esse homem me pega! Então vamos usar o bom senso. Eu sou agente de saúde, o que eu posso resolver? O que eu posso lhe indicar? Para ir para o CAPS, né. Vamos falar sobre redução de danos, porque isso eu já passei por isso, por exemplo. Vamos falar sobre isso, se ele está usando e ele me dá abertura para eu falar com ele, porque também tem que ter isso, aí a gente fala: ‘Olha, se você for no posto, conversar, talvez eles lhe forneçam a seringa que está sendo compartilhada’ (ACS 10 – Maracanaú)

Novamente, o fato de a ACS ser moradora e trabalhadora na comunidade - aquela integrante da equipe da ESF que trabalha onde mora - apresenta-se como um componente fundamental e estruturante da tensão e dos afetos produzidos na lida, neste caso, com eventuais repercussões das relações de gênero, da violência doméstica e do uso de drogas.

Outro aspecto importante relacionado à coincidência entre o local de trabalho e de moradia é que o tempo de descanso e lazer do trabalhador é invadido pelo trabalho. As pessoas abordam os agentes nas mais diversas ocasiões, para tirar dúvidas, indagar sobre a disponibilidade de algo do serviço, entre outras solicitações. Isso acontece nos diferentes horários, sendo comum a ida à casa do ACS, à noite, em caso de emergência.

Isso, no domingo que a gente tá lá passeando (...) ‘Tava precisando lhe ver’. Isso [tirar dúvida] acontece direto. Constante. Sábado, domingo, feriado (...) Não [aborrece]. Não, espie só. Eu me coloco como eles. Porque se eu lhe encontrar num lugar e lhe pedir pra tirar dúvida, eu acho que você vai tirar a minha dúvida. A gente muitas vezes se sente feliz porque a gente tem o que dizer ao pessoal, né. (ACS 7 e 8 – Laje)⁷⁸

⁷⁸ A entrevista com os ACS 6, 7 e 8 de Laje foi feita em grupo. Nesse trecho, os ACS 7 e 8 complementavam a fala um do outro.

No trecho a seguir, percebemos a disposição da agente em estar disponível às pessoas independente do horário e a mobilização afetiva desencadeada pela situação na qual ela julga não ter agido com a prontidão necessária. A morte de uma senhora, que sequer era da sua área de abrangência, deflagra a autocrítica e a reorientação da sua conduta. Notamos a referência às prioridades e como elas obstaculizam a autonomia da trabalhadora para hierarquizar as necessidades, conforme o seu próprio julgamento:

A gente gosta... enfim... Eu não tenho, na minha casa hora nenhuma que eu diga assim, se alguém chegar precisando de mim, que eu não vá acolher, ou deixar de ir porque a gente... Tem uma senhorinha que eu conheci que era na avenida 14, que nem era a minha área, mas devido a ajudar ela em orientação... Ela faleceu tem uns 3 anos, e fiquei muito triste com ela porque ela precisou de mim e mandou dois recados pra mim, três recados pra mim: ‘diga à [nome da ACS] que eu quero falar com ela. Eu preciso ver [nome da ACS]’. Eu dizia ‘procura a clínica especializada tal para resolver o problema dela’. [inaudível]. Então, como ela não era da minha área eu pensava que quando eu acabasse as prioridades eu ia visitar a dona [nome da senhora]. Quando foi o fim do meu expediente e eu fui lá, a dona [nome da senhora] já tinha se ido. Na hora que ela me pediu ajuda, poderia ser um agradecimento, poderia ser alguma coisa que ela poderia ter falado pra mim, eu fiquei tão triste e ‘Por que que eu não larguei tudo e fui lá na dona [nome da senhora]?’’, mas naquela preocupação de trabalho, de estar ali na área trabalhando. Eu fiquei triste. E eu prometi que eu não vou mais fazer isso Tem que agir na hora. Então vamos lá ver o que é. A gente vai tendo experiência com as coisas e... (ACS 9 – Maracanau)

O desgaste e o sofrimento encontrado entre os ACS estruturam-se a partir desta base, das relações sociais, culturais, identitárias, afetivas e suas implicações diferenciadas, experimentadas no acompanhamento contínuo do sofrimento das pessoas e agudizadas quando estes se deparam com os limites e as negações dos serviços aos direitos dos que estão sob os seus cuidados. A condição de morador/trabalhador acrescenta conotações particulares ao estranhamento experimentado pelo ACS diante das situações de não efetivação do seu trabalho, de ‘quebra’ da promessa integradora e universalizante do direito à saúde, reproduzidos nas dificuldades que a própria dinâmica do processo de trabalho estabelece para a realização do que o trabalhador compreende como mais relevante.

6.1.2 Atividades ‘não-previstas’ ou ‘desvio de função’: o estranhamento da atividade e a intensificação do trabalho

Nas entrevistas e na observação no campo da pesquisa do doutorado, foram identificadas atividades que os ACS realizam, mas que eles consideram como ‘não-previstas’ ou ‘desvios de função’. Elas podem ser separadas em dois conjuntos, diferenciados em função da origem da demanda pelas atividades e do poder de decisão do ACS quanto a realizá-las ou não.

O primeiro conjunto compreende as atividades ‘não-previstas’ ou ‘desvios de função’ atribuídas **institucionalmente** ao ACS, o que implica não haver a possibilidade de o trabalhador optar por realizá-las ou não. O trabalhador se encontra diante de algo que lhe será cobrado nas relações no e de trabalho. Elas podem ser estabelecidas pelo serviço, devido a uma necessidade ocasional, ou como parte da organização da rotina de trabalho na unidade. Podem ser instituídas pela política de saúde, estando previstas na normatização do trabalho na Atenção Básica, mas, ainda assim, o trabalhador não as reconhece como uma atribuição que deveria ser sua. Correspondem, em geral, a componentes fragmentados do processo de cuidado à saúde ou de apoio à gestão da unidade que são transferidos aos agentes, constituindo um grupo aparentemente difuso e aleatório de tarefas. Percebemos, entretanto, que tais atividades têm características em comum que, de certa forma, lhes conferem unidade: o caráter auxiliar ao processo de trabalho de outros profissionais, ou de substituição a outro trabalhador; o grau de simplificação das ações realizadas; e a falta de sentido para o agente comunitário, ainda que sejam necessárias para os serviços, o que dificulta a sua contestação.

O segundo conjunto de atividades que os ACS caracterizam como não sendo suas atribuições correspondem a demandas feitas pelos moradores diretamente ao agente, na comunidade e, geralmente, em situações de grave necessidade, urgências ou emergências. É o ACS quem ‘decide’ fazê-las, em resposta aos apelos das pessoas, movidos pela solidariedade ao sofrimento dos vizinhos, mas também pela avaliação de que esse tipo de atuação é condição para a preservação do vínculo com os moradores, do acesso às casas e, também, para o reconhecimento do seu trabalho. No plano dos serviços, das políticas e das normas formalmente instituídas, essas atividades não são consideradas atribuições dos ACS, mas os agentes as realizam por reconhecerem a sua importância e necessidade.

Iniciaremos nossa análise pelo primeiro conjunto. As principais atividades identificadas e realizadas a partir de demanda institucional de acordo com o conteúdo das tarefas realizadas, podem ser: administrativas ou burocráticas, de enfermagem (ou de farmácia), de vigilância, de informação ou comunicação, assistência e, até mesmo, de limpeza.

Entre as atividades administrativas ou burocráticas indicadas estão: a recepção dos usuários na unidade de saúde, a separação de prontuários/fichas, a organização da ordem dos usuários para o atendimento de enfermagem, o agendamento de consultas, a realização de chamadas telefônicas para encaminhamento de usuários para unidades de referência, o recebimento de material e equipamentos e a organização do espaço administrativo. A razão para que o ACS se ocupe dessas tarefas, em geral, é a ausência do trabalhador da recepção.

Entretanto, algumas funções são assumidas pelo ACS como parte da dinâmica do processo de trabalho da unidade, especialmente, a recepção aos usuários, também conhecida como ‘acolhimento’, e a separação de prontuários para as mais diversas finalidades, como consultas e reuniões de equipes.

As atividades de enfermagem ou de farmácia podem ser realizadas tanto como parte da divisão de tarefas no interior das equipes ou em substituição a um profissional ausente, ou em falta. Entre essas atividades foram encontrados: o preparo de bolinhas de algodão, a dobradura de gazes, a organização da farmácia, o armazenamento e a dispensação de medicamentos. Especificamente quanto às atividades de farmácia, nas unidades de saúde da família, estas têm sido desempenhadas pelos trabalhadores de enfermagem e, em caso de ausência ou alegada sobrecarga de trabalho desses profissionais, são transferidas para os agentes comunitários de saúde.

Na área da vigilância à saúde, os ACS têm sido convocados para atuar na prevenção das arboviroses, especialmente da dengue e, mais recentemente, da zika e chikungunya, participando de campanhas de combate ao mosquito *Aedes Egypt*, junto com os agentes de combate às endemias. Em sua rotina de visitas domiciliares, os ACS realizam também a identificação de focos do mosquito nas residências. Essas atividades são frequentemente apontadas como exemplo do fato de o ACS estar permanentemente incorporando novas atribuições ao seu trabalho que modificam o escopo de suas práticas.

Os agentes comunitários de saúde também reconhecem como não prescritas, porém realizadas, atividades de informação ou comunicação entre a unidade de saúde e outras instâncias da gestão municipal, como também a informação ou a entrega de documento da unidade para os usuários. No primeiro caso, encontram-se: a comunicação com a gestão municipal para solicitar a realização de cursos, como é o caso da necessidade de qualificação em relação aos casos de microcefalia, a solicitação de atendimento de emergência (SAMU, por exemplo), providências junto à Secretaria Municipal de Saúde para a obtenção do Cartão SUS para crianças, denúncia de casos ao Conselho Tutelar e de situação de violência contra idosos.

No caso da comunicação com a comunidade, foi considerada não prescrita a entrega de receitas ou outros documentos, especialmente quando esta é feita para usuários residentes fora da microárea de referência do ACS ou quando acontece fora do seu horário de trabalho. A extrapolação do horário e do local de trabalho foi um dos critérios adotados pelos ACS para a definição de atividades não-prescritas e, nessas situações, inclui-se o atendimento a situações de urgência como as já descritas. Em uma das unidades pesquisadas, a entrega de

medicamentos nos domicílios⁷⁹ também figurou como uma atividade que o ACS não reconhece como sua atribuição, apesar de esta figurar no documento “Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica – Protocolo de enfermagem” (BRASIL, 2011), como uma atribuição específica do ACS, porém planejada pela equipe.

Fonseca (2013) registra que um conjunto de atividades que os ACS realizam hoje se define a partir do verbo ‘entregar’ (resultados de exame, medicamentos, receitas, kit-odonto). Quando a finalidade ou a justificativa para a realização da atividade se limita à ‘entrega’ em si, não se associando a objetivos do processo de trabalho do ACS, termina por assumir a forma de uma atividade auxiliar à administração da unidade, e o ACS se transmuta em um ‘estafeta’ da saúde.

Os ACS realizam essas atividades por indução da gestão e, principalmente, pelo compromisso que têm com as pessoas da comunidade, o que se faz notar especialmente quando a entrega não se faz nos limites da microárea pela qual o agente responde:

(...) uma bem comum é que eu tenho hoje, aqui, na unidade aquelas questões do encaminhamento, os encaminhamentos para especialidades. É uma coisa gritante. Aí eu tenho aqui um encaminhamento de um paciente que foi marcado assim de uma hora pra outra. A menina entrou lá e essa vaga surgiu pra amanhã, esse paciente tem que ir amanhã, aqueles exames assim que dá pena você deixar perder, uma endoscopia, um ultrassom de uma pessoa que tá em risco, essas especialidades que é complicadíssimo de conseguir uma vaga. Se esse paciente não for avisado hoje que essa consulta vai ser amanhã em tal local, ele vai perder. De onde é esse paciente? Ele é da equipe 1 que é lá bem distante, que não tem nada a ver comigo, não é da minha área, não é da minha equipe entendeu, mas o ACS dessa área, alguém dessa equipe não tá aqui, não tem como avisar pra esse paciente, não tenho número de telefone, a gente tem o endereço. E agora? Não é o meu dever, eu não sou obrigada a ir. (...) Se fosse da minha área seria o meu dever, não é da minha área, não é da minha equipe, mas esse paciente ele vai perder, quanto tempo faz esse encaminhamento? Ah esse encaminhamento aqui faz muito tempo, aí tem toda a problemática. E agora, você vai? Você não tem a obrigação de ir não, eu vou, eu vou, pode ser a área que for comigo não tem isso: ‘ah eu não vou porque não é da minha equipe, eu não vou porque não é da minha área’. Eu vou, porque eu penso na pessoa, na necessidade da pessoa que tá esperando isso, está dependendo disso, vai perder essa vaga, quando é que vai ser marcado isso novamente? Eu vou, independente de quem seja ou aonde for, eu vou. (ACS 4 – Recife)

A ACS não questiona a entrega do aviso de agendamento, mas qualifica como não sendo sua obrigação porque se trata de uma notificação para um morador externo à sua

⁷⁹ Segundo o Manual Técnico de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2002), a ingestão assistida dos medicamentos deveria ser feita pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e/ou um membro da família devidamente orientado para essa atividade, de modo a contemplar três observações semanais, nos primeiros dois meses, e uma observação por semana, até o final do tratamento. Em documento mais recente, Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica – protocolo de enfermagem (BRASIL, 2011), supervisionar a tomada de medicamento figura como uma atribuição específica sugerida ao ACS e planejada pela equipe.

microárea. Ela assume a tarefa, apesar disso, por conhecer a dificuldade que representa conseguir uma consulta com especialista e em solidariedade à necessidade da pessoa, que perderia o agendamento caso a agente não fosse entregá-lo. Há aqui uma conotação distinta nesse caso, que se aproxima de um caráter positivo na identificação dessa atividade como uma não-atribuição. Destaca-se a possibilidade de a ACS assumir essa atividade e realizá-la em prol das pessoas, como um compromisso ético, motivado pela solidariedade, pela avaliação das implicações da não-entrega do encaminhamento para o usuário e que revela também, mais uma vez, o conhecimento aprofundado da ACS quanto à dinâmica do sistema de saúde e das necessidades dos ‘comunitários’.

De um modo geral, o não reconhecimento pelos ACS de várias atividades que realizam como atividades que não lhes competem suscita indagações sobre a organização do processo de trabalho e as relações de poder instituídas e reproduzidas na divisão hierárquica do trabalho na ESF, cujo eixo estruturante deveria ser o trabalho em equipe. Assim vejamos, como esta tarefa está sendo atribuída aos ACS? Como se define a sua frequência, que motivo é alegado para a sua realização ser atribuída a esse trabalhador? Qual o sentido dessa atribuição? No caso do medicamento, por exemplo, trata-se de uma prática que facilita o acesso dos usuários em situação de dificuldade de deslocamento ou de adesão ao tratamento? Integra a rotina do Tratamento Diretamente Observado? Tem finalidade educativa, isto é, a entrega do medicamento é planejada como uma oportunidade de orientação e educação em saúde? Foi discutida com os ACS, em equipe?

O fato de as atividades de ‘registro em prontuário’ e ‘preenchimento de cartões de saúde’, típicas atividades de produção de informação no processo de cuidado, figurarem como atividades não-prescritas exige a nossa atenção. Elas estão previstas na Lei nº 11350 (BRASIL, 2006b) que inclui entre as atividades dos ACS “o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde”. Além disso, são atividades que já representaram limites muito valorizados de poder entre os profissionais de saúde. Na divisão social do trabalho e do poder nas equipes de saúde, fazer registros em prontuário já foi um ato exclusivo do médico e, ainda hoje, em alguns lugares, é exclusivo desse profissional e do enfermeiro, ou dos profissionais de nível superior. Ao negá-las como possibilidade, o que o ACS está afirmando?

No tocante à produção de informação, não é novidade, muito pelo contrário, a tensão existente entre os trabalhadores da saúde, especialmente os técnicos, quanto ao tempo dedicado ao registro de informações. Na Atenção Básica de um modo geral e, particularmente no trabalho dos ACS, nota-se a participação cada vez maior dessas tarefas que concorrem com

o tempo para outras atribuições, como as visitas domiciliares, centrais na organização do seu trabalho.

Considerando que a informação corresponde a um processo que inclui a produção, o monitoramento e a análise de dados, cabe observar a inserção (ou não) dos ACS nesses vários momentos e como as informações produzidas integram (ou não) o processo mais geral do trabalho dos ACS e das equipes de Saúde da Família. Importa considerar se elas retornam aos serviços, se são discutidas por todos e se subsidiam o trabalho dos ACS e das equipes; ou se predomina o caráter de produção de informações para fins alheios aos trabalhadores e ao cuidado em saúde, resumindo-se, por exemplo, ao controle do trabalho e à avaliação dos resultados alcançados. Nos relatos obtidos, essa última opção tem se destacado, como veremos mais adiante no relato de uma ACS sobre as atividades de monitoramento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.

Parte significativa das atividades de produção de informação realizadas pelos ACS diz respeito a registros do trabalho realizado para fins de acompanhamento, controle e avaliação. Servem à aferição da produtividade do trabalho, associada ao pagamento diferenciado de acordo com os resultados alcançados, em relação às metas pré-estabelecidas. Implicam o uso de tecnologia da informação e alimentam sistemas monitorados pelos gestores. Essas atividades disputam o tempo de trabalho do ACS, afetam a disponibilidade para a realização das VD e trazem efeitos, devido à racionalidade predominantemente quantitativa das metas, também sobre o conteúdo e o modo de realizar as visitas: o que é feito e como é feito, na interação com os usuários nos domicílios e nos demais momentos de encontro com as pessoas na comunidade.

Compreendemos que, diante dessas questões, os ACS reivindicam um sentido mais complexo para o seu trabalho, resistindo à redução que a gestão lhe impõe.

O fato de o acolhimento também figurar entre as atividades não identificadas como próprias do trabalho do ACS é algo que chama bastante a nossa atenção. Na Política Nacional de Atenção Básica de 2011 – PNAB 2011 (BRASIL, 2012), vigente no momento da realização do trabalho de campo e das entrevistas, o acolhimento é apresentado como uma atribuição comum a toda a equipe da Estratégia Saúde da Família e que cabe, portanto, também ao ACS. Entretanto, o que seria uma atribuição compartilhada passa a ser uma rotina exclusiva desse trabalhador, tornando-se uma questão importante referida pelos ACS entrevistados:

O meu trabalho, se eu pudesse mudava o acolhimento. Esse mês eu vou ficar dois dias, mas já teve mês, quando está alguém de férias, de aumentarem os dias, de eu

ficar mais. Então, a gente perde. Mesmo tendo o acolhimento, a visita é diferente, a visita é um conjunto de tudo, porque você não vê só a pessoa, né. Você vê o geral, a pessoa, a família, o ambiente onde vive. Então, a gente quando tá aqui, no acolhimento, deixa... Porque, às vezes, não dá pra você voltar pra área, quem trabalha em uma área distante. Às vezes [dá], mas às vezes não dá. Então, o acolhimento, dizem que é o Ministério da Saúde que preconiza, eu acho que é uma perda pra gente, em termos de visitas. (ACS 3 – Garanhuns)

Conforme descrito pelos ACS e observado em algumas das unidades de saúde pesquisadas, além de ter se tornado uma atividade exclusiva desse trabalhador, o acolhimento tem se resumido à recepção propriamente dita, à produção de informação, à triagem e à identificação previamente delimitada das necessidades das pessoas que buscam os serviços. Distancia-se da sua concepção como um momento em que o usuário é recebido e efetivamente acolhido na unidade, suas necessidades são ouvidas e a urgência de suas questões são levadas em consideração, conforme as diretrizes do cuidado humanizado, discutidas em Ayres (2004).

Restrito à chegada dos usuários à unidade, afasta-se da noção de um acolhimento que pode e deve ser realizado em outros espaços, por todos os trabalhadores, nos vários momentos de cuidado e interação com os usuários. Tal possibilidade está presente particularmente no trabalho no território, lugar no qual originalmente o trabalho dos ACS deveria estar centrado. Como já dito, é este o espaço no qual os agentes realizam as visitas domiciliares e encontram as pessoas em diferentes situações, nas ruas, em locais de interação social, nas mais diversas ocasiões exteriores aos serviços.

Conforme está caracterizado hoje, o acolhimento demanda ao ACS que acolha todos os usuários que chegam à unidade no dia de sua escala, independentemente de serem moradores de sua microárea de referência. Lembremos que, entre os resultados esperados do trabalho do ACS no território, destacam-se o conhecimento mais próximo da realidade e das necessidades de saúde dos moradores de sua microárea e a construção de relações de confiança e vínculo entre os ACS e essas pessoas, cujos benefícios se estendam ao trabalho das equipes, pela intermediação dos agentes. Tais resultados que justificam e valorizam o trabalho dos ACS podem estar a serviço dos usuários que chegam à unidade? Perderiam potência uma vez que, passando a compor a sua rotina de trabalho, o acolhimento compromete o tempo destinado aos moradores de sua microárea, os quais o agente deveria acompanhar regularmente, aprofundando o entendimento de suas necessidades e particularidades.

O acolhimento, assim estruturado, tende a ir no sentido contrário justamente do que deveria orientar o trabalho do ACS no território, gerando tensões e sofrimento para esse

trabalhador. Isto porque, no acolhimento, o ACS se põe diante do sofrimento das pessoas para o qual não dispõe de autonomia e/ou condições de aliviá-lo ou resolvê-lo de imediato. Essas condições dependem dos serviços e dos demais profissionais das equipes. Ademais, ele se ressentido do afastamento do seu trabalho no território.

A relação entre o acolhimento e a subtração do tempo dedicado às atividades realizadas no território, especialmente, das visitas domiciliares é objeto de crítica do ACS, mesmo quando este o considera uma atividade importante:

(...) gostaria que, se possível, a gente ficasse mais na área, diminuir essa questão do acolhimento. Mesmo o acolhimento sendo importante, mas a área, a gente sente que quando sai um dia da área, deixa um monte de coisa pra resolver. (ACS 3 – Garanhuns)

Os ACS têm um número pré-determinado de VD a realizar, cujo cumprimento torna-se ameaçado pelo tempo ‘tomado’ pelo acolhimento. A preocupação manifesta pelos ACS não se restringe à quantidade que, em geral, eles percebem como excessiva, mas abrange principalmente a qualidade das VD realizadas. Como vimos, as VD são compreendidas como a atividade principal, organizadora do seu processo de trabalho, e como o espaço privilegiado de suas práticas, onde eles realizam as atividades educativas e de acompanhamento das condições de saúde das pessoas sob sua responsabilidade. Uma boa VD requer, portanto, tempo para ouvir e orientar bem as pessoas, como argumentou a ACS 3 de Garanhuns: “a visita é diferente, a visita é um conjunto de tudo, porque você não vê só a pessoa, né. Você vê o geral, a pessoa, a família, o ambiente onde vive”.

Outra tensão importante relativa ao acolhimento diz respeito ao fato de que, nesse momento, os usuários apresentam aos ACS suas demandas imediatas, cujo resultado - seu atendimento ou não - pode implicar o fortalecimento ou a fragilização da adesão desses usuários às práticas de saúde e aos modos de acessá-las, especialmente, aos profissionais e à unidade de saúde. Segundo Fonseca (2013), o acolhimento-recepção do usuário na unidade é um momento no qual os ACS vivenciam dúvidas, problemas e tensões, principalmente quando a demanda do usuário não pode ser acolhida pelo serviço de saúde e esses trabalhadores precisam apresentar e justificar o não-atendimento. Esse tipo de situação, com as quais os ACS se defrontam com frequência, foi relatada por ACS entrevistados que manifestaram o seu desconforto em ter que justificar, por exemplo, a falta de materiais e de insumos para o atendimento dos usuários que chegam à sua unidade.

Para a autora, o acolhimento é, conseqüentemente, um lugar/espaço revelador das falhas do sistema de saúde em efetivar a atenção universal e integral (Fonseca, 2013). Nós

concordamos com essa perspectiva e acrescentamos que o acolhimento incide justamente sobre o objetivo do trabalho do ACS, que temos reiterado aqui, é muito difundido e tem sido a principal justificativa da presença desse trabalhador nas equipes de saúde da família. Trata-se, como dito, da responsabilidade de o agente ser o facilitador do acesso da população aos serviços e às ações de saúde. Portanto, cada vez que o serviço falha em atender as pessoas, pela falta de material, de profissionais, de vagas para encaminhamento para outros níveis de atenção, entre outras questões, é possível que o serviço fique menos exposto do que o próprio ACS. Essa exposição faz parte do cotidiano do trabalho dos ACS, mas tem no acolhimento o seu momento crítico.

A confiança é a base da relação que o ACS desenvolve com as pessoas que atende e a confiança que o usuário deposita no ACS se sustenta, em boa parte, na ideia de que o ACS representa os interesses do usuário junto aos serviços e aos demais profissionais de saúde. Essa ideia se reforça cada vez que o ACS consegue intermediar positivamente o acesso do usuário ao atendimento que necessita. Estando no acolhimento, o ACS fica exposto de forma mais imediata às insuficiências do serviço confrontadas com as demandas que as pessoas apresentam, do que quando ele as identifica no território, por meio especialmente das VD. Nas situações no território, exceto em casos de urgência, há um tempo maior e processos que podem ser acionados no sistema de saúde, em outras frentes das políticas públicas, ou no campo da solidariedade entre as pessoas. Em geral, implicam outras mediações até que se obtenha, ou não, a solução ou o encaminhamento projetado.

Linhart (2007) analisando a reestruturação do trabalho em uma *Caisse D'Allocations Familiales* (CAF)⁸⁰, apresenta o trabalho dos consultores técnicos que analisam os auxílios solicitados e acompanham o 'dossiê' dos beneficiários. Algumas questões identificadas pela autora nos levaram a produzir comparações com a situação dos ACS na ESF, guardadas as devidas diferenças quanto ao trabalhador, às condições de trabalho e à política social francesa.

Primeiro, trata-se de um serviço que buscou tornar-se mais próximo das famílias atendidas, tendo sofrido um processo de descentralização. Segundo que, nessa aproximação, tornou-se obrigatória a presença do consultor técnico no guichê de atendimento ao público. Terceiro que esse atendimento no guichê se soma às atividades que já faziam parte do escopo de atribuições desse trabalhador. São três pontos de contato com características do trabalho do ACS na ESF: a proximidade com os usuários, a exigência da atuação no acolhimento na unidade e o fato de esta atribuição ser acrescentada às suas demais funções. Seja pela

⁸⁰Segundo Nota da Tradutora da obra, trata-se de um órgão de assistência social vinculado à previdência francesa.

semelhança, seja pela distinção, o paralelo entre as duas situações de trabalho nos ajuda a tornar mais claras as questões experimentadas pelos ACS.

No caso estudado na França, Linhart (2007) denuncia a incoerência entre o fato de se ter individualizado o acompanhamento do ‘dossiê’ do beneficiário, havendo um consultor específico designado tanto para o atendimento telefônico, quanto para o tratamento administrativo do dossiê, e o fato de, no guichê, o atendimento se despessoalizar. Isso acontece porque, no guichê, o beneficiário encontra o técnico escalado para aquele dia e, não, o técnico que o acompanha regularmente. Já problematizamos, nesse texto, processo semelhante em relação ao ACS, responsável pelo acompanhamento de certas famílias da área adscrita à unidade que, no acolhimento, presta um atendimento a quem acorrer ao serviço, independentemente de ser morador da microárea do agente.

Ainda que tal forma de organizar o acolhimento demonstre uma incoerência em relação ao que a ESF preconiza em termos de continuidade e proximidade da relação do ACS com as famílias que atende, não acreditamos que um processo de despessoalização se verifique necessariamente, pois o agente é um morador do território, o que pode facilitar, a priori, uma certa empatia e, com o tempo, um reconhecimento.

Outro aspecto discutido no texto da autora é a incompatibilidade entre a rapidez e a qualidade do trabalho. Os trabalhadores reivindicam mais tempo para o atendimento das pessoas nos guichês, justificando-se pela particularidade do tipo de trabalho realizado que requer **tempo** para que se desenvolva o tipo de relação que contribua para garantir a **qualidade** do serviço que devem prestar.

Se o atendimento no guichê francês requer tempo, podemos imaginar o tempo requerido para o ACS acolher de fato, entender e encaminhar a demanda apresentada ou explicar/justificar a recusa do atendimento pretendido pelas pessoas, frente ao serviço de saúde que muitas vezes não dispõe do que elas precisam. Imaginemos ainda o tempo necessário para que o agente possa realizar uma visita domiciliar de qualidade, na qual possa perceber, escutar e compreender os problemas das pessoas, conhecer e acompanhar o seu modo de vida, as relações familiares, entre outros temas objetivos e subjetivos relacionados ao processo saúde-doença. E o tempo tem se transformado num grande problema para o ACS.

Linhart (2007) observa também a identificação do atendimento do guichê como um momento delicado e difícil, à semelhança do desconforto observado entre os ACS no acolhimento na unidade de saúde. A autora percebe o que ela chama de uma inversão simbólica na qual a vítima da injustiça social, o beneficiário, transforma-se no agente que provoca o mal-estar no trabalhador. No caso dos consultores técnicos, há quem evite agendar

entrevistas ou usar o telefone para contatos diretos, evitando o desconforto de lidar com as demandas e as emoções dos beneficiários. A sensação descrita é de impotência diante da “imensidão das necessidades” e uma das consequências para o trabalhador é o estresse e a sensação de não dar conta do que o trabalho lhe exige. No texto de Linhart há um subtítulo impactante a esse respeito: “a insuportável miséria do outro” (2007, p. 184)

Ao mesmo tempo, a autora verificou com uma consultora mais recente na função que o guichê não é temido, ao contrário, ele é desejado. A suposição de Linhart é que o movimento dessa trabalhadora pode representar uma fuga do sofrimento gerado pelo trabalho com os dossiês que implica o acompanhamento constante da situação de precariedade das pessoas que, com o passar do tempo, muda pouco. No texto há também referência a uma certa ‘margem de manobra’ no guichê que permite ao consultor conseguir algo que possa diminuir a tensão do beneficiário, como desbloquear a antecipação de um pagamento ou adiantar um dossiê, por exemplo.

Essa não é uma opção para o ACS. O trabalho dele é esse mesmo, qual seja, identificar necessidades e receber demandas das pessoas e buscar o seu atendimento pelo serviço, pela equipe de saúde, ou o seu encaminhamento adequado. Estar em contato direto com os usuários é parte de sua rotina. Entretanto, ele prefere fazê-lo nas visitas do que no acolhimento, entre outras razões, principalmente pelo imediatismo dos problemas que chegam à unidade e pela possibilidade do não-atendimento, como já problematizamos. No caso das VD, quando o atendimento necessário não é possível de ser viabilizado institucionalmente, o ACS se empenha pessoalmente na tentativa de diminuir o sofrimento do usuário. A sua ‘margem de manobra’ muitas vezes é ele mesmo e os recursos que consegue mobilizar junto a familiares e moradores da comunidade.

Como já dissemos, o ACS faz parte da comunidade e convive com as pessoas, suas necessidades e aflições não somente na unidade de saúde, mas também e, principalmente, fora dela. Os efeitos concretos das recusas feitas aos usuários se fazem presentes no seu ‘tempo de trabalho’ no território e transbordam para o seu ‘tempo de vida’. As pessoas acolhidas, ou não, integram o universo das relações do sujeito trabalhador e, muitas vezes, pertencem ao círculo de suas relações pessoais. A condição de trabalhador que trabalha onde mora é uma agravante para a produção de sofrimento envolvida nas negativas dos serviços.

O que pode efetivamente aliviar a tensão do ACS, seja no acolhimento, seja no contato com as necessidades das pessoas no território, é a garantia de dispor dos serviços públicos para lhes entregar o que é devido: o direito à saúde.

A situação do acolhimento na unidade expressa, de modo muito explícito, a questão de base que se reproduz em várias dimensões do trabalho dos ACS. Trata-se, reiteradamente, do conflito entre aquilo a que o ACS é chamado a resolver e as condições que lhe são dadas para fazê-lo, as possibilidades histórica e conjunturalmente disponíveis para a sua realização, associadas aos atributos que lhes são requeridos. No caso do acolhimento, mais uma vez, são convocadas à ação as qualidades subjetivas, socioculturais dos ACS e a relação de confiança que eles estabelecem com as pessoas que atendem. Entretanto, elas constantemente são ali mobilizadas no sentido de ‘proteger’ o serviço do descontentamento dos usuários diante do não acolhimento de suas demandas. Funcionando como uma espécie de anteparo entre o serviço e o usuário, o ACS transforma-se no oposto do que deveria ser.

Há um relato com características complexas que mostra como uma ACS trata sem questionamento da necessidade de justificar a ausência dos profissionais de nível superior para os usuários. Ainda que pudesse ser interpretado como um ato de solidariedade em relação à equipe, a referência aos profissionais médico e enfermeira, de posição destacada no processo de cuidado em saúde, faz transparecer uma certa reprodução do que se espera dela, de modo subordinado e subalterno, nas relações laborais:

Cada um dá um pouquinho de si, a equipe funciona num todo né e assim a gente contribui procurando, procurando fazer mesmo essa coisa andar né, dar atenção pras pessoas, fazer a acolhida da pessoa, dos comunitários quando chegam aqui, na comunidade ou mesmo aqui, na unidade, ou mesmo quando a gente tá lá dentro da comunidade e algumas vezes se faz necessário que a gente precise entender a dificuldade, as dificuldades que surgem né, com os profissionais de nível superior porque eles também têm problemas né, também têm dificuldades e a comunidade, ela não precisa saber dos problemas que existem, mas muitas vezes por não saber que existem alguns problemas, que médico também adocece, que médico também tem filho, que enfermeira tem problemas, eles não têm conhecimento disso e, muitas vezes, eles chegam aqui e não vão encontrar o médico, a enfermeira por alguma dificuldade e muitas vezes eles querem tipo que botar o trabalho do profissional abaixo né. ‘Ah por que a médica não veio? Ah porque o Enfermeiro não tá? Ah porque isso, porque aquilo’. E a gente tem que ter maturidade pra conduzir essa coisa né, passar para o comunitário que existe dificuldades na vida de todo profissional, que o médico muitas vezes, muitas vezes, o médico adocece (...) (ACS 4 – Recife)

Nesse caso, retomamos a ideia de mediação enviesada. Ao receber a demanda dos chamados “comunitários” dentro da unidade, a ACS toma para si a necessidade de justificar a ausência do profissional de nível superior, colocando-se no lugar de integrante da equipe, na qual este seria um papel compartilhado: contribuir para o seu bom funcionamento. No caso, o bom funcionamento implica ‘amortecer’ a reação da pessoa que busca o serviço, mas não encontra o profissional que precisa e que deveria estar ali. A qualidade evocada como necessária para lidar com a situação descrita é a “maturidade”, um atributo subjetivo, pessoal.

Não se desenvolve a problematização da não disponibilidade de um substituto para a falta do profissional ausente, que implicaria uma compreensão e crítica dos problemas do serviço e um olhar mais ampliado sobre a situação coletiva na qual tanto a ACS quanto os “comunitários” estão incluídos (ou excluídos).

Note-se que se trata da mesma ACS que não se recusa a levar o aviso de agendamento de consultas especializadas ou exames, mesmo quando estes não se destinam a pessoas sob seus cuidados. É também a ACS que se desdobrou nos cuidados com o rapaz em tratamento contra tuberculose. É como se, nas situações nas quais a ‘opção’ pelo ‘comunitário’, como ela costuma chamar as pessoas que moram na comunidade, depende praticamente somente dela, ela o faça integralmente e criativamente. No caso no qual ela explicitamente representa o serviço e a equipe, nesse lugar institucionalizado, ela se coloca em favor dos chamados profissionais de nível superior, revelando uma posição subalterna. Isso nos remete à relação de classes, à naturalização da subordinação, da ideia de que o profissional de nível superior tem o direito de ter problemas, de estar ausente.

Quanto às atividades que provêm de outras políticas públicas, destaca-se a participação do ACS no acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. Os agentes têm questionado a sua participação no programa, reclamando da sobrecarga de trabalho e da não pertinência das atividades que lhes são atribuídas, em relação ao seu trabalho como ACS:

Eu não concordo com [ter que participar de]o Bolsa Família. Eu sou extremamente contra e disse. Eu sou extremamente contra porque foi um processo criado por três Ministérios e sobrecarregou os agentes de saúde.

A gente vai na casa e chama o pessoal para pesar, e a gente pesa e ainda mais, notifica. Até essa parte [tudo bem]... porque pelas normas da gente, a gente tem que pesar, medir, isso faz parte do trabalho do agente de saúde. Que a gente no início do programa fazia com a balança, andava nas casas com a balança, para pendurar na árvore em qualquer lugar, para pesar as crianças, para fazer acompanhamento. Mas aí eles querem que a gente faça todo esse processo, pese, anote na planilha e entregue só para eles fazerem digitação. Aí, agora, eu questionei com o palestrante da gente que estava no curso de formação, aí ele [respondeu]: ‘não, vocês têm que fazer’. Eu disse: eu faço. Mas eu não concordo com isso. Eu concordo em ter minhas crianças e dizer para ele: ‘João [nome fictício da criança] tem 10 quilos e tem tanto de altura e está com o cartão de vacina em dia’. Isso é uma obrigação minha enquanto agente de saúde. Mas colocar isso numa planilha e mandar para ele só digitar seria [atribuição da] secretaria de ação social que não trabalha em parceria com a gente. Tudo é o agente de saúde. (ACS 2 – Abreu e Lima)

Ainda que a ACS acate a determinação de cumprir com as obrigações que lhe são impostas, ela deixa clara a sua crítica ao modo como o processo se desenvolve, tornando o agente um mero executor de ações simplificadas e coletor de informações, que alimentam um sistema do qual não há retorno para o seu trabalho. Como contraponto, demonstra a

compreensão da importância da informação produzida na interação com as pessoas que ela atende e acompanha, de tal forma que o ato de pesar e medir uma criança ganha um significado maior porque integrado aos objetivos que a agente entende serem próprios do seu trabalho.

A ACS expressa o seu compromisso com o vínculo estabelecido com a criança atendida, a quem ela faz questão de se referir por um nome, e a compreensão clara do sentido do seu trabalho, qual seja, monitorar e melhorar as condições de saúde do “João”, cuja identidade e atributos pessoais se perdem no anonimato das condicionalidades de um programa. O preenchimento da planilha com as suas medidas corporais e a sua situação vacinal são atos desprovidos de sentido se descontextualizados do processo de acompanhamento da saúde e das condições de vida da família atendida.

Como não se instituem processos que permitam a articulação entre os objetivos do Bolsa Família e os objetivos do trabalho de atenção à saúde, particularmente do ACS, reforça-se o caráter institucional-burocrático do seu trabalho. Esse fenômeno, associado à lógica produtivista e à valorização das atividades quantificáveis, fortalece a importância das atividades mais ligadas aos trâmites e cobranças da gestão, do que à educação e à promoção da saúde. Além disso, o trabalhador se sobrecarrega de supostas responsabilidades quanto ao descumprimento ou ao mau funcionamento das políticas, o que amplia as possibilidades de cobranças e frustrações.

Ao assumir diferentes funções junto à comunidade, ligadas às políticas públicas e, portanto, ao Estado, o agente acaba angariando, por vezes, uma imagem de ‘agente do Estado’. Entre as implicações das múltiplas reponsabilidades que os ACS assumem, estão situações de desconfiança que os expõem a riscos. A desconfiança é gerada pela presença de uma figura identificada com o Estado e, por extensão, com as leis, as normas e o poder coercitivo. Produz riscos e tensões bastante relevantes, tendo em vista o fato de que muitos agentes atuam em territórios cuja dinâmica social é condicionada pela presença de atividades do crime organizado e da violência sistêmica. Duas referências feitas por um mesmo agente mostram a complexidade dessa situação:

Mas eu sempre sou visto como... O pessoal suspeita muito de mim, de denúncia de meio ambiente. Até que um pessoal do Meio Ambiente fechou um areal aqui, que retira areia, aqui, da fazenda, tal. Eu ter que... Fui até na justiça prestar queixa de um rapaz que estava dizendo que fui eu que fiz a denúncia, tal...
Na minha área já tive muita calúnia, do pessoal dizer que fui eu que cortei o Bolsa Família. (ACS 7 – Laje)

A sobreposição de responsabilidades junto a políticas sociais diferentes – a saúde e a assistência social, no caso em tela - amplia as chances desse tipo de problema acontecer. O papel que se exacerba é o de uma espécie de ‘preposto’ do Estado que tem trâmites a cumprir seja para o acesso das pessoas às unidades de saúde ou para a continuação ou suspensão de um benefício social. Lembremos novamente que é função do ACS o cadastramento dos moradores da área, feito em domicílio, primeira condição para o atendimento das pessoas nas unidades de Saúde da Família.

As demandas aos ACS também podem vir do poder municipal. Entre as atividades relativas a políticas externas ao campo da saúde, registramos a participação dos agentes em censo escolar promovido pela Secretaria Municipal de Educação.

Foi na época de fazer o Censo pra... pra escola. A gente tinha que fazer um levantamento pra secretaria de educação de todas as faixas etárias, quem estava fora da escola, até que série fez. Isso foi assim... E era por pessoa. Se eu tivesse seiscentas pessoas, eu tinha que preencher seiscentas fichas pra educação. Pra saber quanto tempo estudou, se tinha proposta de estudar, pegar telefone, pra que depois formasse uma turma para aqueles analfabetos. Essas coisas, assim, sempre aparecem. (ACS 11 – Tauá)

Há fatos de apropriação do trabalho do ACS para finalidades privadas, ainda que travestidas de caráter público. É o caso da participação de ACS no levantamento de famílias que não dispõem de moradia própria, para participarem do sorteio de casas. O sorteio é realizado num evento comemorativo do ‘Dia das Mães’ e a atividade é promovida pela prefeitura, desenvolvendo-se com feições filantrópicas, para a promoção pessoal da prefeita. Ainda que não consigamos mensurar a possibilidade de a ACS se recusar a realizar esse tipo de ação, a trabalhadora atribui o seu consentimento ao ‘desejo de ajudar’:

É porque é uma coisa assim que a gente faz pra ajudar. Teve também a questão da festa das mães, que sempre a prefeita fazia, mas aí, de um certo tempo [pra cá], não fez mais. Era uma festa para as mães, que ela fazia. E nessa festa ela... a gente entregava um papel pra mãe que não tinha casa, pra ser sorteada. A gente tinha que identificar a família que não tinha casa e ela sorteava uma casa. E a gente fazia, porque era uma parte, assim, também de ajudar o município e a gente fazia. Acabava fazendo. (ACS 11 – Tauá)

O chamado ‘pendor à ajuda solidária’ do ACS, pressuposto da política atribuído à condição de morador da comunidade, é apropriado num sentido muito restrito. O sentimento de solidariedade que os problemas das pessoas despertam no ACS encontra aqui espaços bem delimitados de expressão e se tornam funcionais a relações de cariz clientelista.

Em nosso estudo, interpretamos as questões relacionadas a um conjunto variado de atividades não reconhecidas pelos ACS como suas atribuições, porém atribuídas a eles institucionalmente, como manifestações do estranhamento no seu trabalho, especificamente,

no âmbito de sua prática laboral. São manifestações do estranhamento relacionadas ao caráter autoritário da gestão, presente desde a definição das atribuições dos membros da equipe, prolongando-se no processo de trabalho, uma vez que os trabalhadores, além de não participarem dessa definição, não têm espaço para discuti-las e questioná-las. Esse espaço seria a reunião de equipe que tem crescentemente se restringido a um momento de verificação das ações realizadas e de determinação do que será feito em seguida.

Entendemos que as categorias profissionais dispõem de condições diferenciadas para se protegerem, ou estarem mais ou menos expostas, aos arranjos e às relações de trabalho que buscam interferir no escopo de práticas e no modo de realizar o trabalho. No caso dos ACS, é preciso considerarmos o problema, já assinalado, da não instituição de sua formação profissional. Apesar de contarem, desde 2002, com uma legislação que regulamenta a profissão - a Lei nº 10507 (BRASIL, 2002a), substituída, em 2006, pela Lei nº 11350 (BRASIL, 2006b) -, a categoria ainda não logrou obter uma formação que os habilite profissionalmente, conforme proposto no Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, publicado, como visto, em 2004 (BRASIL, 2004b).

A multiplicação de atividades que extrapolam o rol de atribuições reconhecidas por esses trabalhadores pode estar relacionada a esse aspecto não coberto no processo de profissionalização dos agentes. O contínuo acréscimo de atividades e a variedade de sua natureza denotam um trabalhador cuja qualificação restrita amplia, para os serviços, o leque de possibilidades de utilização do seu trabalho, ao mesmo tempo em que produz efeitos limitantes à sua condição de profissional da saúde. Essa dinâmica é agravada pelo fato da formação do ACS se dar predominantemente em serviço, permitindo a essa instituição atuar em duas frentes de definição do escopo de práticas dos agentes.

A vulnerabilidade diferenciada dos ACS para essa multiplicidade de tarefas pode ser verificada também na generalidade que marcou os enunciados originais da Lei nº 11350 sobre as suas atribuições. Na PNAB 2011, então vigente (BRASIL, 2012), no que diz respeito às atribuições dos ACS na Estratégia Saúde da Família, tornamos a destacar que, ao final da sua enumeração, a PNAB afirma ainda que “é permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima”, o que cria a base normativa para o requerimento de outras ações à categoria. (BRASIL, 2012, p. 50).

Como resultado dessas condições associadas, o trabalho do ACS assume um caráter ‘flexível’ e ‘polivalente’, podendo ser convocado para novas tarefas que se colocam como parte do cotidiano ou em situações extraordinárias dos serviços de saúde. Devido ao fato de se apresentarem como necessárias à lógica dos serviços, o caráter pouco importante ou

desprestigiado das ações delegadas ao ACS tende a se invisibilizar. Ainda que o agente se sinta útil em algumas das situações problematizadas, o que dificulta objetar-se a elas, o ACS geralmente questiona a pertinência dessas atividades, em contraposição ao que considera mais relevante no seu trabalho. Esse é um meio importante pelo qual a insatisfação e o sofrimento se produzem no trabalho do ACS.

Entretanto, como indicamos, há um segundo conjunto de atividades que os ACS caracterizam como não sendo suas atribuições. São as atividades demandadas pelos moradores aos agentes ou cuja necessidade o ACS percebe, mas para as quais não encontra resposta institucional, no aparato estatal. Distinguem-se do conjunto anteriormente analisado, principalmente em relação ao protagonismo do ACS na decisão por realizá-las e quanto aos motivos que o levam a fazê-lo.

Observamos que, nesse segundo conjunto, incluem-se as ações empreendidas pelos agentes na tentativa de equacionar problemas que deveriam ser objeto das políticas públicas, mas que permanecem sem atendimento. Já apresentamos alguns relatos de situações nas quais os ACS praticaram tais ações, dentre as quais o caso do rapaz com tuberculose acompanhado pela ACS 4, em Recife, é bastante emblemático. Podem ser consideradas como ações do campo da assistência social, de articulação de redes de apoio, ou de solidariedade pessoal.

Encontram-se também, nesse grupo, as atividades mais próximas do trabalho de enfermagem, para cuja prática os ACS foram qualificados, muitas vezes, pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). O PROFAE, ao receber vários agentes em suas turmas, originalmente destinadas a trabalhadores de enfermagem, possibilitou a sua capacitação para a realização de alguns procedimentos que, no cotidiano das comunidades, muitas vezes, são feitos por leigos ou cuidadores sem qualificação. De certo modo, podemos dizer que uma iniciativa do Estado propiciou a participação do ACS numa frente de trabalho que, a princípio, o próprio Estado, até o momento de realização do trabalho de campo dessa pesquisa, não reconhecia oficialmente como sendo função desse trabalhador.

Entre as atividades de enfermagem realizadas em situação de emergência na comunidade, encontramos, por exemplo, a prestação de socorro a um bebê em sufocamento:

(...) a mãe chegou na minha casa fora de hora, gritando pedindo socorro que o bebê dela tava asfixiado, tava em sofrimento (...) Tinha aspirado o leite e a mãe tava louquinha na palafita, quase dez horas da noite, e a mãe gritando: 'Me socorre [nome da agente], socorre meu filho tá morrendo'. E a criança já estava assim bem roxinha, bem roxinha. Eu cheguei lá e digo 'meu Deus e agora?' Você fica tão nervosa que você nem sabe se vai dar certo, se vai funcionar aquilo que você... Primeiro que eu aprendi assim na técnica, mas na prática é diferente né, você se vê

diante da situação diferente e o emocional, ele age muito mais rápido de que, na verdade, o ato. Você fica logo, entra logo em transe. Eu mesma fiquei em desespero, mas diante da situação, eu precisei agir e prestar o socorro daquilo, daquilo que eu aprendi naquela criança e fiz lá a massagem que a criança precisava e, graças a Deus, essa criança voltou, tornou. E foi uma festa e tá aí [nome da criança] hoje, com 4 anos. Isso foi uma coisa bem marcante (...) hoje eu vejo [nome da criança] correndo. Algumas vezes quando a mãe dele passa por mim com ele correndo e ela diz assim: ‘Olha o menino aí, foi a [nome da agente] que lhe salvou, viu?’ (...) (ACS 4 – Recife)

Nesse caso, uma emergência ocorrida tarde da noite, envolvendo a asfixia de um bebê que poderia acarretar a morte, numa localidade na qual a circulação noturna implica riscos à segurança das pessoas, a presença e a pronta-intervenção da ACS, capacitada em primeiros socorros, foram cruciais para a sobrevivência do bebê.

Dois casos narrados pelos ACS de Laje retratam a necessidade de transporte de urgência nos quais os ACS foram convocados a ajudar e para os quais os agentes usaram recursos próprios – os respectivos carros particulares. Ao responder prontamente aos pedidos de socorro, os agentes evitaram um desfecho negativo, com risco de morte para as pessoas atendidas. A satisfação dos ACS com o resultado de suas ações é evidente:

Um dia mesmo eu tava trabalhando, acabei de sentar pra preencher os dados de uma família. Um rapaz chegou e me chamou que a cobra tinha mordido o filho dele de dois anos. Aí eu joguei tudo na bolsa, corri aqui, peguei o carro e fui a toda pegar ele e levar pra Laje. De Laje, ele foi transferido pra Santo Antônio e, graças a Deus, sobreviveu. (ACS 7 – Laje)

Já fiz também, justamente dois meses atrás, (...) Tava chovendo, eu vim no meu carro, e quando tava chegando aqui perto, (...) eu encontro uma pessoa já no meio da estrada gritando de dor. Hipertenso, diabético, gritando de dor, e disse que não tinha o carro pra levar ele. Ele disse ‘[Nome do ACS], me dê socorro, eu vou morrer!’ Aí, eu não podia deixar ele morrer. ‘Me leve ali na pista!’. (...) Fui, deixei ele no [Hospital] Regional, em Santo Antônio de Jesus. Voltei imediatamente. Encontrei o pessoal [que] tava visitando. (...) Encontrei a médica ainda. Fui fazer o meu trabalho, mas dei socorro a um homem que tava morrendo. (ACS 8 – Laje)

Há também atividades típicas de enfermagem realizadas pelo ACS na comunidade que são motivadas por necessidades cotidianas de saúde dos moradores, para as quais o serviço não oferece o acompanhamento domiciliar necessário e as famílias não dispõem de quem possa realizá-las. É o caso da aferição da pressão arterial de idosos e hipertensos, da aplicação de insulina e injeção, e da realização de curativos em idosos, acamados e pessoas com dificuldade de locomoção.

Durante o trabalho de campo em Recife, na visita à casa de uma idosa que apresentava uma ferida no pé com dificuldade de cicatrização, presenciamos uma demanda desse tipo. A senhora não dispunha de quem pudesse fazer os curativos na frequência recomendada pelo profissional de saúde que a atendera e se lamentava pelo fato de as ACS não poderem mais fazê-lo. As agentes estavam visivelmente constrangidas e explicaram depois que, à época do

PACS, elas cuidaram dessa senhora e de outras pessoas, fazendo curativos, quando necessário. Disseram também que, desde a chegada do PSF, isso não era mais possível.⁸¹

Tais atividades permanecem sendo realizadas no território, geralmente, fora do horário de trabalho das agentes e de funcionamento da unidade de saúde. Eram mais frequentes à época do PACS. Quando o PSF se iniciou, a interdição da prática de atividades de enfermagem se fortaleceu, segundo relato das ACS. A presença de uma equipe multiprofissional deveria compensar essa proibição, entretanto, os problemas atendidos pelos ACS nas situações mencionadas extrapolam o horário ou a capacidade de atendimento dos serviços ou não são previstos entre as atribuições e responsabilidades das equipes, mas continuam a existir e a se transformar em demandas das pessoas dirigidas aos ACS, ou em necessidades percebidas por esses trabalhadores.

Considerando principalmente a razão pelas quais os ACS ‘decidem’ realizar essas ações e o significado atribuído a elas pelos próprios agentes e pelas pessoas atendidas, entendemos que as atividades desse segundo grupo apontam para um sentido de resistência em relação ao estranhamento. Ainda que premidos pelas relações e dinâmicas do território, podemos dizer que os ACS têm um certo protagonismo na ‘opção’ por atender às demandas colocadas nesse contexto e as utilizam como meio de consolidação do seu trabalho. Nessas situações, os agentes percebem o seu trabalho como necessário, têm satisfação em poder praticá-lo e se sentem recompensados pelo resultado positivo gerado. São atividades que promovem o reconhecimento e a valorização do trabalho do ACS pela comunidade e, conseqüentemente, pelo próprio agente.

Entretanto, ao não serem reconhecidas e valorizadas pelos serviços, as atividades desempenhadas pelos ACS nas situações descritas continuam acontecendo de modo extraoficial e subtraem tempo de descanso e lazer do trabalhador.

Especificamente no que diz respeito às atividades de enfermagem, comparando as que são realizadas na unidade e as que são desempenhadas na comunidade, percebemos uma diferença relevante. Na comunidade, as práticas de enfermagem correspondem a ações mais elaboradas, que exigem maior preparo, incluem o uso de equipamentos e a interpretação de sinais. Na unidade, predominam ações auxiliares (fazer bolinha de algodão, dobradura de gaze etc.) que não requerem capacitação, podendo ser realizadas a partir de uma orientação mínima.

⁸¹ As visitas não foram gravadas e o relato se baseia em nosso diário de campo.

No tocante à normatização do trabalho à época do trabalho de campo, a Lei nº 11350, a PNAB 2011 e a regulamentação do trabalho de enfermagem (BRASIL, 1987) concordavam quanto à sua realização exclusiva pela categoria de enfermagem. A ocorrência de tais práticas no trabalho do ACS configuraria desvio de função. Entretanto, a realidade tem demonstrado a sua necessidade, especialmente no caso de pessoas idosas e acamadas cujo deslocamento frequente até a unidade para atividades de controle e prevenção, como a aferição de pressão ou a testagem de glicose, é muito difícil e penoso, ou ainda, nas situações nas quais os primeiros socorros podem evitar o risco de morte. A esse respeito, devem ser considerados o horário restrito de funcionamento da maioria das unidades de Atenção Básica e as dificuldades geográficas de acesso, a falta de meios de transporte e a insegurança para deslocamentos aos serviços de emergência, especialmente, à noite.

Na conjuntura mais recente, o movimento organizado dos ACS e o Ministério da Saúde tomaram iniciativas normativas no campo da redefinição das atribuições do ACS. Discutiremos essas questões no capítulo seguinte.

De um modo geral, as condições que contribuem para a ampliação do rol de atividades dos ACS são a sua não formação profissional, a sua inserção subalterna nas equipes de saúde e o autoritarismo das decisões da gestão. Acrescenta-se a estas a importância reconhecida pelo ACS de manter um vínculo de confiança e respeito com as pessoas que visita, numa relação que lhe oferece satisfação, ao mesmo tempo em que é fundamental para o seu trabalho. Tais condições se combinam ao desejo de reconhecimento e valorização profissional, fortalecendo a disposição dos ACS para a realização de práticas que eles não reconhecem como suas obrigações.

Seja no sentido negativo ou positivo, as atividades que têm sido acrescentadas continuamente ao trabalho dos ACS, reconhecidas ou não como suas atribuições, competem com o pouco tempo disponível - já premido pelas prioridades programáticas dos serviços - para a organização e a realização de atividades de educação em saúde, de base popular e com perspectiva dialogada. Desencadeia-se um processo de intensificação do trabalho para que o ACS consiga dar conta das atividades que lhe são cobradas pelos serviços, sem deixar de realizar aquilo que considera importante e que lhe oferece maior satisfação.

Os próprios ACS se referem à quantidade e à variedade de atividades que lhe são atribuídas. “Como Bombril, 1001 utilidades e 24 horas no ar” é como a ACS 3 de Garanhuns descreve a multiplicidade de atividades e ‘papéis’ que o ACS desempenha na comunidade. “Porque o agente de saúde é padre, é pastor, é amigo, é tudo”, acrescenta a ACS 5 de Laje).

Tal multiplicidade, que poderia indicar uma potência pela capacidade de atuação em diversas frentes, tem apontado para uma certa desefetivação do trabalho do ACS. Isso ocorre seja pela impossibilidade de produzir o acesso à saúde e de contribuir para um processo de transformação mais abrangente das condições de vida, seja pela dispersão de esforços em ações desconectadas que não convergem de modo mais efetivo para os objetivos de melhoria das condições de saúde e vida das pessoas, ainda que ofereçam ao ACS algum sentido e satisfação na realização do seu trabalho.

Esse quadro é particularmente agravado pela configuração ‘gerencialista’ da gestão dos serviços de saúde.

6.2 Gerencialismo: o espírito do toyotismo ‘encarnado’ no processo de trabalho na Atenção Básica

Com a adesão da gestão em saúde à racionalidade gerencialista, o atingimento das metas tornou-se a principal referência para a organização da rotina de trabalho dos ACS. As metas e as prioridades de trabalho são definidas *a priori*, geralmente sem a participação dos trabalhadores, e a sua hierarquização corresponde à importância que é conferida pelos programas e pelos serviços de saúde aos resultados e às atividades correspondentes. As prioridades remetem aos programas voltados para o controle de determinadas doenças - hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose – e para o acompanhamento de pessoas em determinados momentos do ciclo de vida e grupos vulneráveis, como as gestantes, puérperas e crianças⁸² (Pinto et al, 2016).

Segundo Pinto et al (2016), a produção dos indicadores e a realização de procedimentos e intervenções terapêuticas direcionam fortemente o processo de trabalho na ESF. A dimensão subjetiva do processo de cuidado é secundarizada diante da objetivação das ações privilegiadas pela perspectiva interventiva. Predomina a atuação dirigida para: a remissão de fatores ou vetores relacionados ao desenvolvimento de doenças; a cura de patologias de caráter fisiológico; e o acompanhamento das doenças crônicas que acometem a população adscrita. A eficiência da atenção à saúde é dada pelo sucesso de tais atividades, convertidas em indicadores que, por sua vez, oferecem as condições para o controle das práticas de atenção.

⁸²O Programa Bolsa Família determina o acompanhamento do desenvolvimento e da imunização de crianças menores de sete anos.

A semana de trabalho do ACS é ordenada de modo que as pessoas que integram os grupos prioritários sejam as primeiras a serem visitadas. Os entrevistados, quando questionados sobre como organizam a sua rotina de trabalho, frequentemente indicaram começar pelos hipertensos, diabéticos e assim por diante:

(...) a minha agenda quando começa eu trago o trabalho dos hipertensos e diabéticos. E por que são os mais trabalhosos? Porque essa doença é crônica e não vai ficar boa, tem que se dispor disso e com acompanhamento.

Fico mais dias com este grupo, que são hipertensos e diabéticos. Dentro desses hipertensos e diabéticos também tem os hansenianos, tem os Tb [pessoas com tuberculose]. No momento, graças a Deus, eu estou sem nenhum desses, mas já tive vários. Então, são grupos mais extensos, requer mais meu tempo.

(ACS 9 – Maracanaú)

Tenho, tenho conseguido [alcançar as metas]. Eu tenho porque a gente vai na prioridade. Primeiro as prioridades, depois das prioridades aí eu vejo a rotina, que é aquela casa que não tem gestante, onde não tem hipertenso, onde não tem criança, aí vou saber se teve algum caso de diarreia. Aí, rotina. Depois da rotina, mando no cadastro. É bem assim, a norma é assim, todo o dia eu tenho que fazer dois cadastros. Todo dia eu tenho que fazer dois cadastros, mas eu não faço segunda e terça porque leva muito tempo e eu não vejo as minhas prioridades.

(ACS 10 – Maracanaú)

As VD, consideradas atividades centrais no trabalho do ACS, são afetadas tanto pela definição das prioridades programáticas, quanto pelo estabelecimento do número de visitas a serem realizadas mensalmente. Essa equação torna-se tensa, pois os grupos prioritários geralmente requerem mais tempo e o compromisso de atingir o número mensal de visitas (meta) torna-se um problema diário. Quando indagada sobre quem define as atividades que realiza no dia-a-dia, a ACS 11 responde que é ela ‘mesma’, entretanto, imediatamente passa a descrever a predeterminação da quantidade de visitas que precisa fazer diariamente.

Não. Sou eu mesma. Eu mesma que defino [o que vou fazer]. Agora, assim, a gente tem aquela quantidade de famílias, que você tem que tentar fazer o máximo que você puder de visitas por dia e aí a gente fez uma meta por agente de saúde, de acordo com a quantidade de famílias que eu tenho e aí eu tenho que fazer doze visitas ao dia, independente ou não de eu ter feito quatro ou cinco de manhã, mas eu tenho que dar conta de fazer as doze por dia. (ACS 11 – Tauá)

No mesmo município, outra ACS relatou o aumento do número de famílias sob responsabilidade do agente, quando o parâmetro delimitador da microárea de referência deixou de ser o número de famílias e passou a ser o número de pessoas. Segundo ela, esse novo parâmetro, adotado sem discussão prévia, levou ao aumento da quantidade de domicílios ou famílias sob a sua responsabilidade. Sem que a nova realidade de composição das famílias fosse considerada, essa mudança de parâmetro provocou a ampliação do trabalho dos ACS, ao mesmo tempo em que dificultou o aumento do número de trabalhadores:

Nosso limite de pessoas é 700 pessoas. Eu posso acompanhar, segundo eles, até 700 pessoas. Só que eles não estão levando em conta que hoje, de uns tempos pra cá, diminuiu muito a quantidade de pessoas por família. Hoje nós temos um número muito grande de pessoas que moram sozinhas, que moram duas pessoas...

(...) Que more uma ou dez pessoas, eu vou ter que ir lá do mesmo jeito. E aí é onde a gente não tá dando conta. Por exemplo, na minha área são 217 casas. Dessas 217, eu tenho 196 ocupadas. Querendo ou não, eu preciso ir nelas. Não importa quantas pessoas terá nessas casas, mas eu nunca vou poder ter um agente de saúde pra diminuir minha área porque nunca chega no excesso de pessoas [que justifique ter outro agente]. (ACS 13 – Tauá)

A ACS 11 organiza a sua rotina diária no dia anterior, mas ela própria reconhece que muitas eventualidades podem afetar a sua programação:

A minha rotina, um dia antes, eu olho se eu tenho menino pra pesar, se eu tenho criança pra pesar. Aí, se eu tiver, eu já separo as crianças pra pesar. Aí, de manhã, eu saio com aquele propósito. Mas a gente sabe que também acontecem algumas outras coisas. Já tem que ir na casa daquele hipertenso, entregar aquele exame, que já é uma urgência, mas, assim, dizer, assim, o cronograma nunca é seguido. Eu penso em fazer alguma coisa, já no dia seguinte acontece uma coisa totalmente diferente (...). Quando eu chego na área, na minha área, já é outra realidade. Já tenho que visitar aquela gestante de alto risco, que tá precisando. A [nome da enfermeira] liga, enfermeira, vai lá, vê isso. Aí já muda totalmente a minha rotina. Quando eu saio já é outra coisa na rua. (ACS 11- Tauá)

Além de dar conta da quantidade de visitas estipuladas, a ACS precisa adequar a sua programação no caso de ocorrências não previstas e, mais uma vez, das prioridades. Nota-se também a intervenção da enfermeira por meio do telefone celular, instrumento que tem sido cada vez mais incorporado ao trabalho do ACS, estendendo o alcance do serviço e o controle do trabalho até o momento do curso da ação do ACS no território.

A visita às pessoas que não se incluem entre os grupos priorizados tende a ficar comprometida, especialmente quando o agente é responsável por um número grande de famílias e essas famílias residem em áreas de vulnerabilidade social. É o caso da área sob responsabilidade da ACS 4 – uma ‘favela’ incrustada em um bairro de classe média alta, na qual a expansão de moradias se faz nas áreas alagadas, pela construção de palafitas.

(...) eu acho que todas as famílias na minha área, por exemplo, deveriam ser visitadas, todas as famílias da minha área deveriam ser visitadas.

Por que isso não acontece? Porque é uma demanda muito grande e eu não dou conta, eu não dou conta. Quem vai dar conta de visitar 248 famílias? Isso, no meu caso né, porque tem outros colegas que têm 300, trezentas e tantas famílias. Eu acho que todas as famílias deveriam ser visitadas, ser acompanhadas, independente se naquela família existe uma prioridade ou não, alguma necessidade nem que seja de uma simples informação alguém vai ter.

(ACS 4 – Recife)

Em Tauá, uma ACS fez ponderação semelhante, explicitando que famílias deixam de ser visitadas em função do critério de ‘alto risco’ que determina a visitação prioritária às famílias enquadradas nessa situação. A conta é muito simples: “(...) hoje, como tem esse

negócio de alto risco, tem pessoas que você vai visitar três vezes, quatro vezes no mês. Se eu vou visitar três vezes, quatro vezes, vai me impedir de visitar três famílias” (ACS 13 – Tauá).

A não-visitação das ‘famílias’ que não se enquadram nos critérios de risco e prioridade adotados implica que eventuais necessidades de saúde não percebidas pelos serviços, muitas vezes devido à delicadeza ou à complexidade das questões envolvidas, tendem a continuar invisíveis. Certos temas precisam de tempo em quantidade e qualidade, carecem de oportunidade de o ACS encontrar-se a sós com alguém que, na presença de um terceiro, não revelaria o seu sofrimento:

Problemas que às vezes eles não revelam pras próprias pessoas de dentro de casa, eles se abrem comigo. Essa semana eu tive um caso. Quando eu desci da moto, a pessoa já me recebeu chorando, se abrindo comigo, desabafando. Mulheres que apanhavam de marido, que nunca revelou isso pra ninguém, mas que teve coragem de se abrir comigo (na verdade depois a gente descobriu que ele tinha um distúrbio, que foi até tratado no CAPS e que isso melhorou). Tem muita coisa que a gente conseguiu sanar, que a gente vê a eficiência do nosso trabalho. (ACS 5 – Laje)

Quando eu comecei a trabalhar, que eu cheguei na casa de uma moradora, ela era muito cabisbaixa, assim, que a gente via que era sofredora. Ela não conversava, aí depois ela começou a chorar. Quando ela estava sozinha, sem os filhos, sem o esposo, ela começava a chorar. Aí eu fui indagando o porquê. Aí ela dizia que o marido não deixava ela dormir de noite, dizendo que as filhas estavam acobertando ela pra trair ele com outro homem. Diz que ele não dormia à noite. Era conversando, xingando ela de tanto nome. Só que ela não sabia que aquilo ali era uma doença. Ela achava que o marido dela que estava daquela maneira, ela não imaginava que era uma doença. Então foi onde eu levei esse problema pro CAPS, conversei com a psicóloga. Aí a psicóloga disse: ‘a gente vai fazer uma visita’. E lá é muito difícil de ir, porque lá ou vai andando, ou tem que atravessar um rio com jangada pra chegar nessa casa. Não tem energia, não tem nada, é uma casa muito difícil de ir. Mas ela foi, fez a visita e aí a gente teve que inventar pra esse homem se deslocar pro CAPS pra fazer acompanhamento, pra passar pelo psiquiatra. Foi uma dificuldade, mas a gente conseguiu. E descobriu que ele tinha um distúrbio, que era tipo um ‘psicopata’. E tratou, começou a usar os remédios, a mulher começou a dar os remédios pra ele dentro de um suco, dentro da alimentação (escondido porque ele não aceitava tomar). Mas resolveu o problema, diminuiu. (ACS 5 – Laje)

Um lugar distante, de difícil acesso, um sofrimento escondido, sem possibilidade de compreensão até que foi ‘descoberto’ e encaminhado pela agente. Além de importante para as pessoas atendidas, esse tipo de atuação é compreendido como mais eficiente pela própria ACS que destaca a importância da presença e do vínculo que construiu com a pessoa para ter acesso ao seu sofrimento e poder ajudá-la. Em ambas as situações, o CAPS foi acionado e deu uma resposta adequada, demonstrando a importância do acolhimento do problema pela equipe (no caso, a equipe de apoio) para que o encaminhamento fosse bem-sucedido e produzisse resultados positivos.

A atenção dirigida e focalizada dos ACS nas VD, o excesso de atividades ou, de um determinado tipo de atividade em detrimento de outras e a redução do tempo para o trabalho no território são questões identificadas como obstáculos para que esse tipo de relação se

desenvolva ou se preserve. A participação ‘desinteressada’ do ACS nas oportunidades de encontro e conversa com os moradores da comunidade é uma das perdas das quais o ACS se ressente. A referência à ampliação das atribuições é localizada no presente, em comparação com o passado, em que havia mais tempo para estar na comunidade, conversar com mais tranquilidade e permitir que “muita coisa rica” aparecesse:

Hoje é um leque de tarefas, de obrigações que surgiram. (...) trouxe uma sobrecarga de trabalho muito grande. E aquelas coisas que eram importantes e que eu fazia, eu não consigo fazer mais, como, por exemplo, conversar, você sentar numa calçada. Você chega à tardinha, ou cedinho... várias mulheres vizinhas sentadas na calçada. Aí você vai lá e senta lá com elas. Você vai lá conversar e sai muita coisa, muita coisa rica e agora não dá mais tempo. (ACS 13 – Tauá)

A conversa entre mulheres na roda, na porta de casa, descrita pela ACS, é exemplo de um momento considerado especial, do qual a agente não consegue mais participar. Percebe-se a perda de um espaço de prazer no trabalho e de realização do que a agente compreendia como importante e necessário para uma atenção mais qualificada.

O problema da predeterminação não se restringe às atividades que compõem as VD. Outras atividades com caráter educativo também sofrem os efeitos desse tipo de predeterminação, como é o caso das reuniões temáticas que as ACS devem realizar mensalmente em suas áreas no município de Maracanaú (CE). Os temas são definidos em nível central, as ACS organizam como e onde a reunião acontecerá e a conduzem, podendo ou não contar com a participação de outros profissionais da equipe de saúde, a convite das agentes.

As [reuniões] mensais a gente tem que levar um tema de saúde para a comunidade. Aí esse tema já vem fixado da Secretaria de Saúde. A gente recebe a planilha com o que a gente tem que falar. Dengue, aleitamento, dengue... diabetes, novembro azul... dengue e saúde do homem... outubro rosa, dengue e saúde da mulher. Já vem fixado, não sou eu que escolho. Já vem, e a gente desenvolve o trabalho que eles pediram pra gente. (ACS 10 – Maracanaú)

Chama a nossa atenção a repetição da dengue como tema para as reuniões educativas realizadas na comunidade, o que denota a importância que essa e outras arboviroses adquiriram para o trabalho preventivo. As atividades em torno da dengue têm sido um ponto de aproximação entre o trabalho do ACS e do ACE que, devido ao caráter autoritário das formas de planejamento e convocação para o trabalho, não têm sido bem aproveitadas para uma possível atuação integrada:

As coisas já chegam prontas pra fazer e fazer (...) agora há pouco a gente passou por uma dessas aqui, eu acho que eu vou ser punida mas eu vou ser punida consciente, porque assim nós temos um, um feriado que é o 21 de Abril que pra nós sempre foi ponto facultativo, sempre foi, ou seja ninguém nunca veio trabalhar nesse dia.

Inclusive, eu principalmente que é o dia do aniversário da minha filha eu adoro, então o que aconteceu? Esse ano por conta dessa história da, desse surto né todo da microcefalia, da dengue, da Chikungunya, aí o que que aconteceu? Precisava-se de uma ação justamente nesse dia, aí ninguém explica o porquê e nem pra quê. Simplesmente no horário, no final da tarde do dia anterior do feriado, chega alguém aqui de lá da gestão do Distrito e diz assim: 'Amanhã só os ACS vão trabalhar, tem que vir, porque se não vier vai levar falta'. (ACS 4 – Recife)

Da equipe de saúde da família, só os ACS foram convocados para esse trabalho extra, num dia de não-trabalho, e a convocação se fez sob ameaça, a ponto de a ACS supor que será punida por ter descumprido a ordem - vinda da gestão distrital - que chegou na véspera e sem explicação do motivo e da finalidade.

Os ACS passaram a ter que criar ou usar estratégias para alcançar as metas e para registrar, ao menos, a tentativa de realizar uma atividade prevista. No primeiro caso que veremos a seguir, temos o exemplo da necessidade contínua de cadastrar os moradores recém-chegados na área, mantendo a meta de casas cadastradas. Essa exigência leva a ACS a fazer a visita de cadastro fora do horário de trabalho, quando necessário para encontrar a pessoa em casa, de modo que ela não tenha que agregar outra rua à sua área visando o atendimento da meta de famílias.

Porque essas casas alugadas, elas são contadas, mas quando vem a territorialização do Ministério da Saúde, ela tá funcionando. Essa casa você disse que ela é alugada ou fechada. Eu vou perder essa família? E se eu não der aquela quantidade certa, vão me botar para trabalhar em outra rua para completar as minhas famílias. Então o Ministério da Saúde quer, parece que o ministro quer 150, mas o município quer 200. Então até 200 dá pra fechar. O que é que eu vou fazer? Passar pra outra rua? Não, eu tenho que achar o morador, nem que seja à noite que eu vou lá atrás dele. Porque eu não quero sair daquela rua para ir para outra.
(ACS 9 – Maracanaú)

A necessidade de manter atualizado o cadastro de todos os moradores de sua microárea exige adaptações que afetam a extensão da jornada de trabalho dos ACS. Para conseguir realizar a VD e acessar os domicílios nos quais os moradores trabalham o dia todo e só estão em casa à noite, a ACS extrapola o seu horário de trabalho oficial. Isso acontece com frequência maior no caso de casas alugadas, nas quais há um rodízio de moradores, o que exige a atualização constante do cadastro. A ACS demonstra conhecer as circunstâncias que determinam o problema, mas o serviço, novamente, não incorpora esse conhecimento. Se esse saber encontrasse espaço de expressão e fosse valorizado, poderia ser transformado em revisão das orientações, readequação da rotina de trabalho ou possibilidade de modificação do horário de funcionamento da unidade. O domicílio fechado de dia corresponde ao usuário que não tem acesso ao serviço de saúde, cujo horário predominante de funcionamento finda às 17 horas.

Quanto à intensificação do trabalho do ACS, percebemos que esse fenômeno se constrói, hoje, pela associação entre a necessidade de realizar mais e variadas atribuições, alcançando os resultados pelos quais será cobrado, associada aos esforços do trabalhador para continuar realizando as atividades que considera importante e do jeito que acha correto. Entre as atividades que considera importantes estão atribuições oficiais que têm perdido espaço/tempo no processo de trabalho e aquelas que correspondem aos esforços para resolver ou, pelo menos, mitigar problemas para os quais os serviços não têm oferecido respostas.

A intensidade do trabalho desdobra-se também na extensão da jornada de trabalho. Anteriormente, esse prolongamento do trabalho geralmente acontecia em função das demandas dos ‘comunitários’ que chegam ao trabalhador domiciliado na comunidade, após o fechamento dos serviços de saúde. Ela decorria igualmente dos esforços feitos por iniciativa do próprio trabalhador para dar conta de situações que trazem benefícios para o usuário, por exemplo, levar ao destinatário no território um agendamento recebido na unidade, próximo do horário de encerramento do expediente, como vimos. A ACS 10 de Maracanaú define o seu trabalho como uma atividade de horário integral: “Eu sou agente de saúde depois de 5h, porque termina o horário, eu chego em casa: - ‘Vale-me Deus, eu queria porque queria que tu me dissesse isso, isso, isso’; - ‘Pois entra, vamos sentar, vamos conversar’” (ACS 10 – Maracanaú).

Entretanto, percebemos que a explicação para essa extensão do trabalho modificou-se, ou melhor, agregou novas determinações. Hoje, além dos motivos relacionados às necessidades das pessoas na comunidade, o ACS prolonga o tempo dedicado ao trabalho para atender a demandas construídas a partir do serviço - entregar um agendamento a um morador após o expediente, ou realizar uma VD à noite, para cumprir a meta de famílias cadastradas. Em seus relatos, os ACS põem mais ênfase na necessidade de cumprimento das metas, principalmente das VD, representando a sobreposição de motivações de caráter gerencial para uma prática adotada pelo ACS, inicialmente, por princípios de solidariedade. Há, portanto, uma mudança tanto quantitativa, quanto qualitativa. Desse modo, mais uma frente de iniciativas do ACS sofre os efeitos do avanço da lógica produtivista sobre o trabalho em saúde.

Não é somente o trabalho do ACS que tem se caracterizado pela hegemonia da orientação programática e produtivista, baseada em metas e prioridades. Os demais profissionais também sofrem as consequências da capilarização do chamado ‘espírito’ do toyotismo na gestão da saúde pública, sob a forma do gerencialismo.

A particularidade do ACS se constrói na dinâmica entre o que foi se instituindo como o escopo de suas práticas, ao longo de anos de trabalho no SUS, as condições que se

desenvolveram para a sua atuação e as condições que esta categoria profissional conseguiu conquistar para colocar limites nesse e outros tipos de pressão sobre o seu trabalho.

O ACS, ao ser instituído no SUS, no PACS, desempenhava atividades relacionadas ao controle de determinados indicadores de morbidade e mortalidade. Também centrado em atividades educativas, seu trabalho incluía principalmente a orientação e a transferência de saberes e técnicas para as pessoas, visando a promoção do autocuidado. O exemplo mais lembrado costuma ser a difusão da técnica de preparo do soro caseiro para a terapia de reidratação oral, em casos de diarreia, que teve um enorme sucesso na reversão do quadro de mortalidade infantil no Nordeste.

Em certo momento, suas possibilidades foram ampliadas no sentido de uma atuação voltada para a prevenção e a promoção da saúde, articuladas a um processo de cuidado mais abrangente, respaldado na interação com a equipe multiprofissional de saúde da família. Entretanto, não houve investimento numa formação que pudesse respaldar uma atuação desse porte, diferente do médico e do enfermeiro para os quais foram realizadas várias iniciativas, buscando oferecer uma formação orientada pela perspectiva da APS forte, de uma atenção integral, baseada na compreensão das várias dimensões do processo saúde-doença, especialmente no tocante à sua determinação social.

Mesmo as iniciativas voltadas para o nível superior sendo mais numerosas, organizadas e apoiadas financeiramente do que as destinadas aos ACS, ainda assim são consideradas insuficientes para uma efetiva mudança da racionalidade e das práticas assistenciais. Imaginemos o quanto podemos interrogar sobre as implicações de uma qualificação dos ACS aquém do que seria necessário para que o seu trabalho pudesse, simultaneamente, contribuir para uma APS forte e protegê-lo das contingências das ‘necessidades’ da gestão dos serviços.

Talvez, por isso, tenhamos conseguido, por meio da ESF, avançar em relação ao modelo hospitalocêntrico, mas certamente ainda estamos longe de superar o modelo biomédico de atenção à saúde, de viés mercantilista, que retorna como tensão permanente na disputa pela configuração do trabalho do ACS e de toda a Atenção Básica. Trata-se de uma questão que abrange, mais do que as disputas em torno da orientação ético-política da formação e do trabalho em saúde, a direção ético-política do SUS e da sociedade em geral.

Outra mudança qualitativa, decorrente de práticas ou instrumentos cuja origem está no controle do trabalho, é a comprovação da tentativa de realizar a VD. Quando uma VD deixou de acontecer por outros motivos que não a ausência do ACS, há meios nos próprios instrumentos de informação e controle do trabalho para que o ACS responda às cobranças do

serviço e, eventualmente, da parte dos usuários. É o caso da assinatura colhida na ficha de VD, atestando que o agente não pôde fazer a visita por ausência ou por negativa do morador. Apesar de ser um mecanismo de ‘proteção’ para o trabalhador, esse procedimento agrega mais um elemento que interfere na relação com os usuários, sem que o seu objetivo seja o cuidado em saúde, mas o controle da realização da tarefa:

Todo mês. Eu acompanho. Por isso que acho muito importante essa ficha de assinatura, porque é uma coisa que me dá segurança. Porque às vezes, aqui, eles estão tão acostumados em eu estar sempre, que se eu passar hoje na casa e tiver uma necessidade amanhã, quando eu chego na outra semana: ‘mas tu sumiste’. Então, essa ficha de assinatura me dá um respaldo total de que todo mês eu tô passando naquela casa. É um acompanhamento que eu faço ali, pelas assinaturas, eu vejo aonde eu fui, aonde eu não fui. (ACS 5 – Laje)

Nós temos instrumentais. A gente tem folhas. A gente recebe as folhas e as pessoas assinam.

Você assina e ainda tem outra. Você assinou a folha que comprova pra minha enfermeira que eu fui na sua casa. Aí eu tenho outra folha que diz porque que eu fui na sua casa, sabe? Acamado? Hipertenso? É isso, isso, isso, isso. Aí vai perguntando. Aceitou a visita? A pessoa pode recusar a visita, né. Rotina? Aquela visita é uma visita que você sempre faz? Ou é por outra razão? Gestante não é rotina. Ela está gestante, ela não é gestante. Ela está. Então você tem que colocar a data e o número do cartão do SUS. Aí tem que mostrar as duas folhas [para a enfermeira]. Isso, mostrar a folha que você assinou e a folha daquele dia que eu lhe dei uma orientação para você vir fazer o cartão do SUS e que você não tem cartão do SUS. A enfermeira [pergunta]: ‘Por quê?’ [A ACS responde]: ‘Porque ele chegou agora, onde ele morava ninguém fazia questão e ele vai fazer agora!’ (ACS 10 – Maracanaú).

Existe também espaço para negociações entre o ACS e a coordenação de equipe, especialmente, a enfermeira que controla o seu trabalho. Entretanto, nesses casos, geralmente a ausência de um agente, mesmo justificada, gera mais trabalho para ele próprio, que precisa compensar o que não realizou de algum modo, o que pode significar trabalhar no período que seria de ‘não-trabalho’:

Tem coisas que, por uma razão ou outra, eu não consigo cumprir, eu tive um processo de adoecimento mesmo, né? De problemas de coluna, mesmo. Teve momentos que eu não pude cumprir, né? E eu cheguei para a enfermeira e disse: ‘Não deu para fazer isso, eu fiz isso’ e ela: ‘E aí?’, eu disse: ‘Esse mês eu recupero’. Então esse mês eu vou bater isso aí, mas eu não vou inventar uma coisa que eu não fiz. (ACS 10 – Maracanaú)

É curioso perceber que não se registraram depoimentos de situações nas quais um ACS é coberto por outro, de modo a minimizar os efeitos da sua ausência no trabalho, para a comunidade e para o serviço. Tais situações já foram coletadas em outras pesquisas realizadas (MOROSINI, 2001; MORISINI et al, 2006), o que parece denotar uma diminuição dessa possibilidade, provavelmente decorrente da ‘nova’ organização do trabalho, mais dirigido e controlado, com pouco espaço para a solidariedade entre os trabalhadores.

Outro aspecto a ser destacado é o fato de a exigência do serviço passar a fazer parte do enredo dos encontros, da relação entre o ACS e as pessoas que atende. Anteriormente, o empenho do ACS em ‘manter a porta das casas abertas à visita’ estava predominantemente relacionado à necessidade de preservar a continuidade do acompanhamento dos moradores. Hoje, já se destaca, aí também, o imperativo de cumprir a meta. O agente precisa ter em consideração essa questão na forma de lidar com os usuários. A ACS 10 de Maracanaú, ao explicar os expedientes que utiliza para recuperar as metas, acrescenta o modo como se dirige aos moradores, para evitar que aquela casa se feche à sua visita:

E quando eu chego na casa: ‘Ah, minha filha, você veio, né? Até que enfim! Eu pensei que você não vinha mais’. Eu digo: ‘Olha, meu amor, eu tô aqui lhe pedindo perdão, desculpa, mas eu estive adoentada e eu realmente não consegui’. ‘Ah, minha filha, foi mesmo?’ ‘Infelizmente...’
 (...) Você tem que ter humildade para falar, você não pode chegar e [dizer]: ‘É meu trabalho, eu venho se eu quiser’, porque aí você tá na casa dos outros...
 (ACS 10 – Maracanaú)

A gestão por metas de cariz quantitativo promove alterações também na dinâmica das reuniões de equipe. Estas têm se afastado da proposta de serem espaços de discussão, planejamento e organização do trabalho e têm se transformado em reuniões de verificação das metas, de controle e cobrança das atividades realizadas, de correção de condutas e de apresentação das ações a serem feitas em seguida.

Bem, nas reuniões mensais [semanais], é aqui com a enfermeira e é pra saber o que que a gente fez na semana, quantos cadastros nós fizemos, quantos casos de diarreia houve. Se houve algum óbito, se teve alguma gestante que faltou à consulta, ela manda a gente saber porquê, pra resgatar, pra não faltar à consulta... então as nossas reuniões, toda as quartas, é de equipe, é de trabalho. É a enfermeira e as ACS. O médico às vezes entra, porque a gente pede... a menina da vacina, às vezes a gente tá em dúvida com um bocado de vacina que vai mudar, aí ela vai para as nossas reuniões e vai nos explicar. (ACS 10 – Maracanaú)
 A única reunião que nós participamos, é só no dia do cronograma, aqui com a enfermeira (...) A nossa participação é só a reuniãozinha de todo mês, só pra fazer o cronograma do mês (...) (ACS 15 – São Mateus do Maranhão)

Destaca-se a sobreposição de papéis para o enfermeiro que geralmente, além de exercer as atividades de enfermagem, é o coordenador das equipes. Sobre ele recai também a responsabilidade de monitorar o trabalho dos agentes:

Toda a quarta-feira da semana, a gente já está aqui e traz todo o projeto de serviço. A enfermeira se quiser ver os cartões de vacina, se quiser ver a fichinha, a gente traz a fichinha. Se quiser ver a ficha da mulher, a gente traz. O que ela pede. E também o cadastro atualizado. Os cadastros, minha nossa! A gente sai hoje de manhã, é um tanto de tirar gente... e ela pedindo e tirando e botando. É uma mão de obra danada!
 (ACS 9 – Maracanaú)

A divisão hierárquica do trabalho em saúde permanece e se reproduz, complexificada pelo fato de a equipe funcionar também como um agente coletivo de cobrança e controle. Nessas condições diminuem as possibilidades de o grupo de trabalhadores poder ser um espaço de troca e apoio mútuo, onde os agentes e os outros profissionais pudessem compartilhar dificuldades, tensões e conflitos que, sem essa oportunidade, terminam por não encontrar espaço de acolhimento e discussão.

Os ACS narram sofrimentos e desgaste no trabalho e a depressão aparece em vários relatos, como uma experiência vivida pelo próprio sujeito ou por outro ACS, muitas vezes atribuída à sobrecarga. O excesso de carga não é necessariamente objetivo, relativo ao número de visitas ou a outras atividades realizadas, mas ao ‘peso’ dos problemas que o trabalhador acompanha, do sofrimento dos sujeitos com os quais interage e se solidariza.

No trecho a seguir, a ACS se refere à pressão sofrida no trabalho, ao excesso de coisas que precisam “assimilar” e às exigências da gestão por respostas imediatas, que resultam em adoecimento e na necessidade de uso de medicamentos controlados. Nessa unidade, havia uma ACS diagnosticada com depressão e os medicamentos controlados são um eufemismo para drogas psiquiátricas.

(...) hoje nós temos um número muito grande de agentes comunitários de saúde fazendo o uso de medicamentos controlados por conta da, da pressão de fato que é o trabalho, que é o trabalho, porque é muita coisa pra você ter que assimilar tudo e assim e nós temos uma gestão que tudo é pra ontem, não existe nada programado, se tiver alguma ação, olha aqui ó, isso aqui é pra fazer, é pra ontem, entendeu? As coisas já chegam prontas pra fazer e fazer, você é muitas vezes, é da gestão isso não é da chefia, é da gestão, que eles também passam por isso, já vem pronto, você tem que, é pra fazer e fazer (...) (ACS 4 – Recife)

Notamos a associação de duas situações: a percepção da ACS de que as atividades não são programadas e de que as “coisas” já chegam prontas para serem realizadas. Ainda que possa parecer uma fala contraditória, percebemos que ela se refere a dois elementos que compõem um mesmo problema: a percepção da ACS de que não há programação prévia do trabalho parece indicar que ela não participa do planejamento, do processo mais abrangente de definição e programação do que deve ser feito; ademais, as tarefas lhe são apresentadas sem a possibilidade de discussão, como “coisas” que têm que ser feitas. Nesse processo, a agente isenta as instâncias da unidade e atribui a responsabilidade pela prática autoritária a níveis superiores de gestão, demonstrando perceber que se trata de um problema cujas determinações transcendem o nível de gestão das unidades. Além disso, a sua interpretação retira a tensão do âmbito das relações imediatas no trabalho.

Um fenômeno que tem se associado ao processo de gestão por metas e predeterminação das atividades é a burocratização. Geralmente é referida como o aumento de tarefas de produção de informação, relacionado à sobrevalorização da lógica e dos mecanismos de controle e avaliação do trabalho e ao atendimento das cobranças de produtividade impostas pela gestão. Não se restringe ao trabalho dos ACS, claro, mas o atinge de forma particular, considerando que o seu escopo de atribuições é bastante vulnerável às determinações dos serviços e da normatividade relativa à Atenção Básica.

Verificamos também a prevalência crescente da heteronomia no processo de trabalho do ACS. O PACS é lembrado pelos trabalhadores como um contexto diferente, de maior autonomia, no qual a sua atuação é lembrada como menos dirigida e mais voltada para as ações de informação, acompanhamento e educação em saúde, desenvolvidas quase exclusivamente nos territórios. A perda de autonomia é acompanhada do deslocamento da centralidade do trabalho do ACS: perdem a educação em saúde e o trabalho no território; ganham a informação para a saúde e a burocracia.

Porque o PACS não tinha tanta burocracia, né. Não tinha tanto papel pra preencher. Antes era um cadastro de auxiliar, era uma ficha, a ficha A, que ali só tinha nome, idade, data de nascimento, a profissão e algumas doenças, né. E hoje, a gente preenche a ficha domiciliar. No domicílio, cada pessoa é uma folha frente e verso. E nunca dá pra fazer o cadastro totalmente na casa. Você tem que trazer trabalho para casa, porque a parte burocrática... Jesus! É muita cobrança. E também tem a parte das metas, meta de visitas, que a equipe tem que ter metas de atendimento, e de visita domiciliar também. É muita coisa. Pelo PACS era mais, vamos dizer, *light*, né. Não tinha tanta informação quanto hoje. (ACS 3 – Garanhuns)
Já chega pronto. O cronograma já vem pronto. Nós não somos mais aquela pessoa que escreve o cronograma. Já recebemos o cronograma pronto, entendeu? Aí fica difícil. (ACS 15 – São Mateus do Maranhão)

A diminuição da autonomia nem sempre é colocada pela pessoa entrevistada como uma questão, mas a sua fala revela a centralização da organização do trabalho e quão restrita é a sua possibilidade de decidir sobre o cotidiano de trabalho. Em Maracanaú, por exemplo, uma ACS não se queixou da perda de autonomia, nem do excesso de fichas a preencher. Entretanto, durante a entrevista, ela mostrou várias vezes as fichas que utiliza, orgulhosa por preenchê-las corretamente e por alcançar as metas que lhe são designadas. Ao ser indagada sobre quem define as tarefas, respondeu de modo muito revelador: “ (...) **sou eu mesma**”, acrescentando, em seguida, “O método de trabalho é o meu, mas contanto que eu trabalhe **dentro dessas formalidades**” (ACS 9 – Maracanaú).

Outra ACS do mesmo município descreve o grau de controle do trabalho, revelando a participação de outros técnicos no processo de acompanhamento do trabalho do agente: “Aí vai o técnico de enfermagem, vai verificar tudo. Porque tudo eles botam no instrumental, né”

(ACS 10 – Maracanaú). Entendemos haver também um certo controle horizontal do trabalho, no qual o caráter hierarquizado permanece por se tratar de uma relação entre um técnico e um trabalhador não-técnico.

Entre as fragilidades dos ACS que os distinguem de outros técnicos da AB, como os de enfermagem e de saúde bucal⁸³, encontra-se a ausência de um aparato protetor mais forte que delimite o seu trabalho. A sua regulamentação profissional avançou no campo legislativo, como resultado da luta sindical da categoria, entretanto, a sua formação profissional específica ainda não foi implementada como política. Como visto, não houve oferta nacional da formação técnica dos agentes, conforme as diretrizes publicadas desde 2004, o que propicia o surgimento de diversas proposições para as suas atividades, com caráter mais permanente ou contingente, de acordo com urgências no cenário da saúde, como mostram os dados empíricos sobre a tríplice epidemia (zika, dengue e chikungunya).

Além das atividades educativas relativas ao processo de atenção à saúde, o ACS tem desempenhado um papel educativo de outro tipo que consiste em receber, acompanhar e orientar, no território, os trabalhadores em formação que realizam estágio, residência ou trabalho de campo nas unidades da ESF; como também os pesquisadores, o que foi o nosso caso⁸⁴. O ACS é o trabalhador por meio do qual os educandos e pesquisadores têm acesso ao território, garantindo-lhes, dentro do possível, por meio da sua companhia, a segurança para o seu deslocamento. Além de apresentar fisicamente o território, o ACS é fundamental para a compreensão da dinâmica da vida e das relações sociais que ali se estabelecem.

Desse modo, o ACS atua, mais uma vez, como viabilizador do acesso, nesse caso, do trabalhador em formação e do pesquisador ao território, contribuindo para a formação em diversas áreas da saúde e outras. Ele participa, inclusive, da formação de futuros trabalhadores da própria ESF, como visto na unidade visitada em Recife, na qual a enfermeira coordenadora da equipe que acompanhamos, quando estava na graduação, foi estagiária nessa mesma equipe e apoiada pelas ACS que hoje coordena.

Esse trabalho educativo é um exemplo de trabalho realizado com bastante frequência pelos ACS que, apesar de sua importância não encontra espaço de valorização profissional ou retorno financeiro (na lógica da produtividade) para o trabalhador. Ao contrário, o recebimento de alunos conta para a unidade no cômputo das metas e para o profissional de nível superior que tem o trabalho de tutor reconhecido no serviço e na academia.

⁸³ Cabe ressaltar que os técnicos e auxiliares de saúde bucal enfrentam condições difíceis de trabalho na ESF, conforme observado no trabalho de campo da Pesquisa “Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências”.

⁸⁴ O trabalho de campo desta tese se fez com o acompanhamento contínuo dos ACS.

A impossibilidade de valorizar certas atividades e desenvolvê-las simultaneamente, como uma aposta do serviço para qualificar a atenção e como possibilidade de realização para os trabalhadores é um fenômeno associado à disseminação da perspectiva gerencialista adotada na gestão da AB. Percebemos isso acontecer com a dimensão educativa do trabalho do ACS que se compõe de ações mais difíceis de serem expressas quantitativamente e que, por isso, são mais dificilmente incorporadas entre os indicadores de avaliação.

As VD, particularmente, e a presença do ACS no território, de um modo geral, são duplamente afetadas: pela diminuição do tempo e pelo direcionamento dado às atividades na comunidade. O tempo requerido por ações de orientação e acompanhamento da situação da saúde das pessoas, que exigem um olhar e uma escuta mais livres e abrangentes, é comprometido pela predominância de uma direcionalidade voltada para a produção de informações que, geralmente, não repercutem diretamente no cuidado em saúde. A tendência é o desaparecimento dessas atividades ou a sua continuidade, desde que modificadas, abreviadas e simplificadas, com o predomínio de ações que podem ser mais facilmente quantificáveis, em detrimento da interação subjetiva com os moradores.

Outra possibilidade é a sua preservação por meio da resistência dos ACS, mas com um custo pessoal, como visto, de extensão do horário e intensificação do trabalho, acompanhadas de fadiga e tensão. A variável tempo torna-se um indicador importante de quanto o sentido do trabalho do ACS vem sendo capturado por objetivos da gestão, cuja racionalidade está cada vez mais afastada das preocupações com as melhores condições de produção de uma atenção universal e integral à saúde, como temos percebido reiteradamente.

6.3 Trabalho inseguro e o risco pela falta: sem EPI, sem transporte, sem segurança

Agrupamos nesse item três componentes que condicionam de forma distinta o trabalho do ACS, mas que representam problemas com os quais o trabalhador precisa lidar no seu cotidiano e que têm sido equacionados geralmente por ele próprio, onerando-o subjetiva e materialmente. São eles: as condições de insegurança, a falta de equipamentos de proteção individual e o não fornecimento de transporte para o deslocamento nos territórios.

As condições de insegurança para a realização do trabalho do ACS se apresentam como fonte de tensões, desgaste e sofrimento, com repercussões agravadas para as mulheres trabalhadoras. A falta de equipamentos adequados de proteção individual implica a exposição ao risco de desenvolvimento de problemas de saúde. O não fornecimento de meio de transporte, especialmente para as áreas de maior dispersão na distribuição dos domicílios no

território, demanda maior dispêndio de energia física, provoca desgaste, expõe o trabalhador a riscos e, por vezes, implica gastos financeiros para viabilizar o seu deslocamento.

Na trajetória da ESF, os territórios alvo do trabalho dos ACS estavam inicialmente localizados em áreas predominantemente rurais, avançaram para municípios urbanos de pequeno e médio porte e, finalmente, com o apoio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), alcançaram os municípios de grande porte, onde o seu desenvolvimento se faz mais difícil (MACHADO, 2007).⁸⁵

Nesses municípios de maior porte, a atuação dos ACS tem se dado predominantemente nas áreas pobres, conhecidas como favelas ou comunidades populares, territórios que combinam a pobreza à ausência das políticas públicas e à presença da violência, principalmente, pela ação dos grupos ligados ao tráfico de drogas. É o caso da comunidade que recebeu o trabalho de campo em Recife. Devido ao risco de exposição à violência, as ACS entrevistadas, que atuam numa área mais afastada da unidade, não retornam à unidade na parte da tarde e, se precisam fazê-lo, são liberadas mais cedo para evitar o deslocamento no horário a partir do qual o tráfico e a ação policial se intensificam.

Nas áreas predominantemente rurais, os relatos dos ACS destacam, por exemplo, situações relacionadas às grandes distâncias percorridas para realizarem as visitas domiciliares e aos lugares ermos, nos quais esses trabalhadores enfrentam longos trajetos, estão expostos a animais silvestres e às condições climáticas. Essas situações são agravadas pelo não fornecimento adequado e regular de equipamentos de proteção individual, como protetor solar, bonés, roupas e calçados próprios para o percurso a pé, ou ainda bicicletas ou motos para o seu transporte mais rápido e seguro. Como disse uma ACS de Garanhuns: “ (...) a realidade da zona urbana para a rural é diferente. Tem casa que a gente anda meia hora, 40 minutos para achar outra” (ACS3).

A presença do tráfico de drogas não é exclusiva de grandes centros urbanos. Na pesquisa de campo, há várias referências à presença de traficantes nas cidades menores que combinam uma pequena área urbana com a área rural. Os ACS atribuem essa situação ao deslocamento de traficantes das grandes cidades para essas regiões onde passam a residir, em

⁸⁵Entendemos que essa dificuldade é devida tanto à complexidade e variedade da composição e das relações sociais nos maiores centros urbanos, como também à maior presença dos modelos tradicionais de saúde, uma vez que, nessas cidades, concentrou-se a oferta de serviços hospitalares e ambulatoriais segundo o modelo dos Centros de Saúde. Outro aspecto relevante que não pode ser esquecido é a força dos planos e serviços privados de saúde que encontram nas grandes cidades uma parcela mais significativa da população com renda familiar que possibilite o consumo desses planos e, também, a existência de uma fração importante da classe trabalhadora ligada a empresas que contratam planos para os seus trabalhadores. Esta é uma prática tanto de empresas privadas, quanto de instituições e órgãos públicos, que também contratam no mercado ou criam seus próprios planos de saúde.

decorrência das políticas de repressão e das disputas pelo mercado. Assim, além do comércio de drogas que já existia, se estabelece uma nova dinâmica para as relações no território que agregam, para os moradores e para esses trabalhadores, um tipo de insegurança, até então, inédito nesses locais.

Há também a exposição ao risco de assaltos e de violência sexual, vivido principalmente pelas mulheres ACS que caminham sozinhas em localidades nas quais uma moradia pode distar quilômetros da outra. Em Garanhuns, município do interior de Pernambuco, encontramos o relato de uma trabalhadora que viveu duas situações relacionadas com a especificidade do território e com a não oferta de meios que pudessem poupá-la desses problemas. A primeira foi a mordida de um animal silvestre, um sagui; a outra foi uma tentativa de violência sexual, da qual ela conseguiu escapar com muito esforço, por meios próprios, ou seja, literalmente correndo. Essa última experiência lhe causou muito medo, numa intensidade inédita até a ocorrência do ataque que ela relaciona diretamente ao desenvolvimento de um quadro de depressão. Vejamos o seu relato:

Então, precisava que as autoridades tivessem uma visão melhor para avaliar a gente. Porque a gente trabalha com muito peso, muito risco, né. É cachorro que morde... Teve uma vez que eu tomei uma mordida de um sagui. Área de risco, né. Tem muita coisa. Então, às vezes, o psicológico da gente também... Em 2011, mesmo, eu tive uma depressão muito forte. Porque eu já tinha sido seguida por, vamos dizer, um 'tarado'. Eu fui seguida, eu corri mais do que ele. Ele era grande e eu baixinha, imagina que ele correu do meu lado, e eu consegui passar a frente dele. Aí quando eu tive essa depressão só vinha isso. Assim, eu tinha um trabalho sem tanto medo, e a partir de então, eu comecei a trabalhar... qualquer barulho nas minhas costas eu já achava que vinha alguém. Então, essa coisa da depressão tudo veio. Então, afetou muito o meu trabalho. Eu tinha uma dinâmica e passei a ter outra. Porque na zona rural, Atibaia, Café, Cajueiro... tem horas que a gente não encontra nem um grilo, e tem que trabalhar. E com isso, a gente vai adoecendo. Absorve também, né? São 24 anos indo na casa das pessoas, absorvendo. A gente tem que ouvir e ajudar, e às vezes a gente tá com o mesmo problema. Isso me afetou muito. (ACS3 - Garanhuns)

A ACS se refere, no mesmo relato ao “risco” e ao “peso” do trabalho. Ao contar a tentativa de ataque, ela trata esse evento como um fator muito importante, desencadeante de sofrimento e de adoecimento, mas também como algo que se soma a uma questão de base. ‘Trabalhar’, ‘ouvir’, ‘absorver’, ‘adoecer’ e ‘ajudar’ são os verbos fundamentais. A ACS segue ouvindo e buscando encaminhamentos para situações que, muitas vezes, ela própria vivencia, sendo tocada particularmente por elas. Trata-se, portanto, de um sofrimento, um “peso” dobrado, que se constrói tanto na percepção do sofrimento do outro, quanto de si própria, como alguém que vive os dois lados da atenção à saúde, como trabalhadora e usuária.

Outro aspecto relevante desse relato é a referência à avaliação, à necessidade de as “autoridades” terem uma “visão” melhor para avaliar os ACS. Sua fala revela a inadequação

do processo de gestão da saúde que não consegue “ver” as condições nas quais o ACS atua, percebê-las e compreendê-las como um problema que precisa ser resolvido e que, no mínimo, deveria ser considerado no processo de avaliação do trabalho.

A ACS foi profundamente afetada emocionalmente, mudou a dinâmica de trabalho, mas não se afastou, não pediu licença. Entretanto, reconhece a dificuldade de continuar trabalhando: “Difícil! E ter que voltar pra lá, né (...) tinha que vir e tinha que trabalhar, né. Nunca parei, não pedi licença” (ACS3 - Garanhuns).

Considerando que a maior parte das visitas é feita na interação entre mulheres – ACS e usuária – destacam-se também as relações de gênero ali compartilhadas. As distâncias percorridas em locais isolados ou o trânsito próximo às rodovias são situações consideradas particularmente mais perigosas para as mulheres. Uma ACS de Laje, município baiano, expressou o desejo de mudar de área de atuação em função dos riscos a que se sente exposta ao transitar próximo à BR:

Eu acho a minha área muito complicada. Porque eu tenho que pegar a BR todos os dias, eu tenho que ficar entrando e saindo nos lugares próximos à BR, coisa que eu acho perigoso pra mim, como mulher, estar fazendo sozinha. Por esse motivo, se eu tivesse uma oportunidade, eu trocaria. (ACS 5 - Laje)

Não se pode deixar de considerar como uma informação importante a menção explícita ou implícita ao risco de violência sexual por duas ACS de cidades e estados distintos da Região Nordeste. Na primeira, o perigo se instaura pela distância entre as residências, o isolamento, os caminhos ermos; na segunda, na beira de uma estrada, o risco parece remeter principalmente ao trânsito de veículos dirigidos por homens. Em ambas, a questão da relação de gênero se coloca.

Destarte, a proximidade entre os ACS e as pessoas que assistem se faz de forma objetiva e subjetiva, pelas condições de vida compartilhadas e, dentre elas, a (não) realização dos direitos, de acesso aos serviços e bens públicos, que caracterizam a fração de classe a que pertencem essas trabalhadoras. Tais características são especificadas também em função das particularidades das relações sociais no campo, na periferia das grandes cidades, na interface campo-cidade, nas relações de gênero, e nos vários contextos possíveis para a realização do trabalho dos agentes.

São vários os relatos dos ACS sobre faltas que ampliam os riscos à saúde do trabalhador. Faltam equipamentos de proteção individual - protetor solar, repelente, uniforme, boné, calçados adequados para as características dos territórios, entre outros. Falta transporte para percorrer longas distâncias, principalmente em áreas rurais, bicicletas, como já

receberam no passado, ou motocicleta. Mas falta também material e infraestrutura para a realização de certas atividades, principalmente, mais uma vez, aquelas de caráter educativo, o que denuncia mais um aspecto da sua desvalorização. Como exemplo, temos a falta de espaço para atividades coletivas, como acontece na unidade visitada em Recife, ou a falta de material educativo, como visto em Garanhuns.

(...) quando a gente tem alguma atividade que precisa de um material didático, porque às vezes a gente precisa. Mas também, nem por isso a gente deixou de realizar. Não tem aquele material didático, a gente improvisa. Agora, como sexta-feira, a gente foi fazer a palestra sobre dengue e chikungunya na escola e não tinha panfletagem, mas a gente conseguiu dar conta do recado mesmo faltando material. (ACS 3 – Garanhuns)

Essas ‘faltas’, ou seja, o não provimento das condições materiais para a realização do trabalho do ACS, não são consideradas no momento de cobrança ao trabalhador da realização das atividades. As casas mais afastadas precisam ser visitadas, mesmo sem o transporte adequado, os moradores têm que ser cadastrados, mesmo que isso implique a extrapolação do horário de trabalho, as vacinas têm que ser aplicadas, os grupos precisam ser feitos, independente do material educativo estar ou não disponível na quantidade e com a qualidade necessárias. Os relatos das impossibilidades que os ACS precisam ‘driblar’ para a realização do seu trabalho são variados.

Especificamente sobre o transporte, o problema afeta o deslocamento dos ACS nas áreas, produzindo desgaste e afetando as condições para a realização das atividades no território.

As nossas vacinas, marca pra chegar 8:30 – 9:00 horas e chega 10:00-11:00 horas por conta da distância, que não tem transporte. O mesmo carro de levar a vacina é o mesmo de levar a enfermeira no outro PSF da Serra. Então a gente sofre muito com isso. (ACS 8 – Laje)

A minha vacina canina, eu esperava 8:30 chegou 11:30 da manhã. E aí a gente acabou 16:30 da tarde. (ACS 7 – Laje)

Outro caso no qual a dificuldade de acesso a meios de transporte comprometeu a finalidade da atividade que o ACS buscava realizar demonstra implicações de caráter menos objetivo desse problema, isto é, explícita como ele impacta a qualidade do trabalho e limita as iniciativas criativas do ACS:

(...) transporte, a gente às vezes quer transporte para levar o grupo para algum canto, porque o nosso grupo é ‘**Saindo da rotina**’. Quer dizer, se a equipe trouxer o grupo pra cá, tá saindo da rotina de onde? Se eles só vivem no posto? Vai é estressar mais! ‘Não tem remédio e tu me traz pra cá para eu vir ver esse posto sem remédio?’ Quer dizer, não vai ter nada que desestresse. Então a gente sempre planeja levar eles para um canto que eles possam ficar à vontade. (ACS 10 – Maracanaú – grifos nossos)

A falta do protetor solar, ou a irregularidade no seu fornecimento, representa um problema frequente que expõe o ACS ao risco de desenvolver problemas de saúde, no caso, o câncer de pele. Sobre esse assunto foram feitas reclamações também sobre a qualidade e o prazo de validade dos produtos fornecidos. O ACS conhece o risco, mas não deixa de realizar o seu trabalho seja por necessidade, mas também porque gosta do que faz e, por isso, enfrenta as situações adversas de trabalho:

A gente entende, se a gente não entendesse, a gente saía do trabalho. A gente não vai deixar de trabalhar por causa do protetor solar, ou por causa do Sol. Isso tudo aqui é marca de Sol... Sombrinha não é adequada. O Sol bate, passa pra gente. (ACS 9 – Maracanaú)

Eu fiz o [curso de] auxiliar [de enfermagem] porque... assim... eu tinha muita dificuldade em relação ao Sol. Sentia muitas dores de cabeça no início, quando eu comecei a trabalhar. E eu fui fazer o auxiliar porque se eu gostar eu troco. Aí fiz, mas eu não me identifiquei. Não dá. Estar presa dentro de uma sala, estar ali... não dá. Prefiro o Sol. Prefiro ouvir histórias, eu prefiro estar ali nas casas, sabe? Na sala, na cozinha. Não gosto, não, desse negócio de estar apertada num local, não. (ACS 10 – Maracanaú)

É comum os ACS resolverem essas situações assumindo para si custos econômicos e pessoais, como uma ACS que não recebe o protetor solar ou outro material protetor adequado e, portanto, evita transitar na área no horário de maior incidência do Sol. Em compensação, como o número de casas a visitar não se altera, ela trabalha até mais tarde, compensando as horas que deixou de trabalhar porque não tinha condições de segurança à sua saúde. A ACS resolve o problema a seu modo e espera que os colegas façam o mesmo, ainda que ela própria reconheça que dispõe de condições pessoais que lhe permitem fazer isso:

Ficar no Sol queimado, mesmo com sombrinha, você sufoca naquele calor. Então eu vou esperar sombrear só mais um pouquinho. Não importe a hora que eu chegue. Eu faço assim: minha hora de estar na rua é 8 horas. Mas quando dá 11:30, 11 horas, a gente tem que estar soltando pra 14 horas estar na área. Mas se 14 horas tiver um sol te matando, eu vou deixar esse sol abaixar e vou sair às 15h. Mas essa hora de 14h às 15h eu vou tirar de 15h às 17h que foi uma hora que eu tinha que entrar. Contanto que eu faça a minha meta, não pego um Sol escaldado que não vá me prejudicar tanto. Porque tem gente, colega nosso ACS da nossa equipe de trabalho, na associação que está afastado por lúpus, que está afastado por câncer de pele. Porque teve gente que não soube levar isso. Porque tem gente que leva até 14h, 15h e encerra o trabalho [na área]. Nunca que eu faço isso. Sabe por quê? Porque é um sol muito quente e vai me prejudicar. Meus filhos estão todos rapazes, quase tudo casado. Não importa se eu saia 18h ou 19h da casa da mãezinha. Não importa, não. E faço a minha meta assim, do que pegar um sol escaldante. Tem colega que pergunta: ‘Ainda tá aí uma hora dessas?’ Eu digo: ‘Tô sim’. Deixa ele lá que encerrou as 15h, 14h. Não é comigo, não. O meu esquema é esse. (ACS 9 – Maracanaú)

A outra ACS adquiriu uma moto e a abastece com recursos próprios. Ela perde financeiramente, mas garante a ‘qualidade’ da visita que realiza:

E eu acho também que muitos precisam de uma moto. Porque hoje eu trabalho de moto porque eu tenho uma moto que eu comprei com meu dinheiro. Não recebo ajuda de custo, o que diminui muito o meu salário, porque eu tenho que tirar do meu bolso pra colocar gasolina. E se eu fosse fazer esse trabalho andando, eu não daria conta, eu não faria visita de qualidade, como eu faço com a minha moto. (ACS 5 – Laje).

Além dos riscos e problemas objetivos envolvidos, essas situações são percebidas pelo trabalhador como falta de investimento da gestão para o provimento e a garantia das condições adequadas para a realização do seu trabalho. Tal percepção desdobra-se em sentimento de desvalorização. Entretanto, nos diversos casos, destaca-se o empenho do trabalhador para tentar superar as dificuldades, seja enfrentando medos, seja improvisando alternativas, investindo recursos próprios, como o uso de veículo particular e gastos pessoais com combustível, ou dispensando parte de seu horário de descanso e lazer para o equacionamento dos obstáculos postos ao seu trabalho, como o Sol forte.

As estratégias adotadas para lidar com tais situações agregam implicações pessoais que o sobrecarregam. A sua aparição no processo de trabalho do ACS demonstra o grau de desgaste a que esse trabalhador está sujeito. A centralidade do seu trabalho para a ampliação do direito à saúde torna os problemas enfrentados pelo ACS expressão das tensões e contradições que demarcam a dinâmica de uma política promotora de direitos, no contexto de hegemonia da lógica de mercado. Simultaneamente, localiza esse trabalhador ‘vocacionado’ entre aqueles que, no campo das políticas públicas, resistem e devotam esforços ao cumprimento dos direitos da classe trabalhadora, ainda que, nesse mesmo contexto, encontrem dificuldades para ultrapassar os limites da ação individual para a ação conjunta e coletiva, de maior radicalidade e amplitude ético-política.

7 O CONTEXTO DE FORTALECIMENTO DA MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E OS DOCUMENTOS DE DESCONSTRUÇÃO DA AB E DO TRABALHO DOS ACS: A PNAB 2017, O PROFAGS E A LEI Nº 13595

Presenciamos recentemente, no Brasil, a reorganização das forças políticas que resultaram no impedimento de Dilma Rousseff e na condução do seu vice, Michel Temer à Presidência da República, caracterizando um golpe político, promovido pelo Poder Legislativo, com o apoio do Judiciário, aliado aos interesses do capital brasileiro e internacional. Ao mesmo tempo, observamos o rápido fortalecimento da pauta antidemocrática e autoritária, materializada em mudanças regressivas no campo político e normativo, cujos resultados abrangem a ampliação da privatização do Estado e o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais.

Sob a justificativa da necessidade de enfrentar o desequilíbrio fiscal, atribuído ao descontrole das contas públicas, supostamente resultantes dos gastos com a promoção de políticas consideradas ‘paternalistas’ que teriam agravado a crise econômica, seguiu-se a aprovação de medidas ditas ‘racionalizantes’. A orientação geral é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. Opera-se uma grave ofensiva contra a classe trabalhadora, visando a reversão de conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas, educacionais e previdenciários. Trata-se de um conjunto de contrarreformas redutoras de direitos sociais, numa vingança sem proporções ainda calculadas, do capital contra o trabalho.

Dentre as alterações legislativas que viabilizam esse processo, destaca-se a promulgação da Emenda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016d), conhecida como a Emenda do ‘Teto dos Gastos’ que limita aos padrões atuais, por 20 anos, o montante de recursos destinados às políticas públicas, desconsiderando as mudanças no PIB e o aumento no número de habitantes ao longo desse período. O Estado projeta a diminuição progressiva da sua já comprometida capacidade de promover o bem-estar social, produzindo efeitos restritivos nos diversos campos e, especificamente, no financiamento já insuficiente do SUS.

Essas medidas incidem sobre uma relação ainda frágil entre o SUS e a sociedade brasileira, que caminha em paralelo ao fortalecimento ideológico do setor privado como suposta alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde. Conforma-se, assim, o terreno propício para a promoção de uma radical desconstrução do SUS, sem que haja possibilidade de se obter o apoio imediato de seus usuários para a resistência necessária.

Intensifica-se, particularmente, a produção de textos normativos voltados para a Atenção Básica e especificamente para o trabalho do ACS. Tratamos, aqui, dos principais documentos produzidos nesse contexto. São eles: a nova PNAB publicada em setembro de 2017, por meio da Portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017a); o PL nº 6437/2016 (BRASIL, 2016b), de iniciativa da CONACS, que modifica a Lei nº 11350 (BRASIL, 2006b) sobre as atribuições e a formação dos ACS; a Lei nº 13595 de 2018 (BRASIL, 2018b), derivada do referido PL, considerando os vetos presidenciais; e a Portaria nº 83/2018 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018c) que trata da formação técnica em enfermagem dos agentes de saúde.

Dois outros documentos, anteriores aos analisados, um de caráter normativo, outro de caráter técnico-político, são também considerados por expressarem ideias que retornaram, ainda que modificadas, nos textos normativos em pauta. Trata-se da Portaria nº 958 de maio de 2016 (BRASIL, 2016a) que retirava os ACS da composição mínima das equipes de saúde da família e que foi anulada a partir do movimento organizado dos ACS; e do documento síntese do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica de outubro de 2016 (BRASIL, 2016c) que prenunciava a tendência dos gestores para a revisão da PNAB e o trabalho do ACS.

Quadro 8 – Os documentos normativos analisados e suas finalidades, especificando os governos e órgãos de origem (2016-2018)

Governo Federal	Documento	Órgão de origem	Finalidade
Governo Temer (Interino e pós-impeachment)	Portaria 958 de maio de 2016 (BRASIL, 2016a)	Ministério da Saúde	Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica.
	Documento síntese do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica de outubro de 2016 (BRASIL, 2016c)	Ministério da Saúde	Publica síntese das ideias debatidas do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica de outubro de 2016
	Projeto de Lei - PL 6437/2016 (BRASIL, 2016b) ⁸⁶	Câmara dos Deputados	Altera a Lei 11350, no que diz respeito as atribuições, a formação e aos direitos dos ACS e ACE.
	Portaria MS/GM - Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a)	Ministério da Saúde	Aprova a PNAB 2017, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se

⁸⁶ O PL nº 6437/2016 tramitou como PL nº 56/2017 no Senado Federal e deu origem à Lei nº 13595/2018.

			as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde - RAS.
	Lei 13595/2018 (BRASIL, 2018b) - Derivada do PL6437/2016.	Legislativo Federal	Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. (deriva do PL 64/37, com vetos presidenciais)
	Portaria 83/2018 (BRASIL, 2018c)	Ministério da Saúde	Institui o Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde (PROFAGS)

Fonte: Elaboração da autora.

7.1 Desvendando a nova PNAB: o texto no contexto

A nova PNAB foi publicada em setembro de 2017 (BRASIL, 2017a). Antes dessa data, porém, dois outros fatos já indicavam as tendências que orientavam a revisão da PNAB 2011 e mantinham relação direta com os ACS e suas atribuições.

O primeiro foi a publicação da Portaria GM/MS nº 958/16 (BRASIL, 2016a), em maio de 2016, que alterava a composição da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁸⁷, estabelecendo a possibilidade de os municípios substituírem os agentes comunitários de saúde (ACS) por auxiliares ou técnicos de enfermagem. Ainda que tenha sido anulada, como efeito da mobilização do movimento organizado dos agentes, a portaria explicita uma ideia-proposta que se manteve presente na construção da nova PNAB.

O segundo fato foi a realização, em outubro de 2016 do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica (BRASIL, 2016c), com indicativos para a revisão da PNAB publicados no seu documento-síntese. Este documento revelou que as discussões desenvolvidas no VII Fórum já apresentavam uma perspectiva restritiva, especialmente preocupante considerando a correlação de forças muito desfavorável aos que defendem a saúde como um direito universal.

⁸⁷ A composição mínima da equipe de saúde da família, na vigência da PNAB 2011, era: médico generalista ou equivalente, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, como já mencionado anteriormente.

Ambos acontecimentos projetaram efeitos sobre o texto da nova PNAB que alcançaram também outros documentos que foram produzidos, no mesmo período (2016-2018), tendo como objeto o trabalho dos ACS.

Desde 2016, ouviam-se notícias sobre a necessidade de revisão e construção de uma nova PNAB, entretanto, suas propostas não foram colocadas em debate público, em tempo hábil para análise e crítica nos fóruns democráticos de participação política do SUS, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), antes da apresentação da sua versão preliminar na CIT em 27 de julho de 2017. O processo de definição e discussão de propostas para a PNAB restringiu-se aos gabinetes técnicos do MS, especialmente o DAB, e aos fóruns que reúnem os gestores do SUS, como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e as reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Após sua apresentação na CIT, o texto da nova PNAB foi encaminhado para consulta pública por dez dias. Apesar do curto prazo, a consulta recebeu mais de seis mil contribuições, sem que tenham gerado, entretanto, mudanças expressivas no texto original ou tenham sido divulgados os seus resultados.

Esse processo não se deu sem enfrentamentos. Na tentativa de fazer frente a essa e outras iniciativas com potencial para acelerar o processo de ‘desmonte do SUS’, o CNS criou um grupo de trabalho para analisar a versão preliminar da nova PNAB e promoveu um Seminário sobre Atenção Básica⁸⁸ no qual se discutiram os problemas que a nova PNAB apresentava. Esse evento ocorreu no dia 9 de agosto, durante a 61ª Reunião Extraordinária do CNS, na Fundação Oswaldo Cruz, com ampla participação popular, principalmente dos ACS.

O conteúdo das então propostas contidas na PNAB e o modo pouco participativo como esta foi formulada suscitaram a crítica também de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Em nota conjunta, as três instituições denunciaram, entre outras coisas, a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família na organização do SUS decorrente da provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica, num contexto de retração do financiamento da saúde. Demonstraram preocupação com os possíveis retrocessos

⁸⁸Participei desse Seminário como expositora numa mesa sobre a PNAB, apresentando a situação dos trabalhadores técnicos na Atenção Básica, especialmente dos ACS, a partir dos achados da pesquisa “Saberes” e de análises feitas para esta pesquisa de doutorado.

em relação à construção de uma APS integral que ainda se colocava como o horizonte almejado para o modelo de Atenção Básica baseado na Estratégia Saúde da Família.

Entretanto, não foi possível impedir a sua aprovação na CIT em 31 de agosto de 2017, pouco mais de um mês após a proposta tornar-se pública, nem evitar a sua publicação em 21 de setembro do mesmo ano, pela Portaria nº 2346 (BRASIL, 2017a).

Uma característica marcante do texto da nova PNAB é explicitar alternativas para a configuração e implementação da Atenção Básica, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, que busca sustentação no argumento da necessidade de atender às especificidades loco-regionais. Supostamente ampliam-se as alternativas dos gestores do SUS, o que seria positivo a princípio, respondendo às demandas de um processo de descentralização mais efetivo.

Sabemos que a gestão descentralizada do SUS e a autonomia requerida pelos municípios só se completa com a transferência de recursos necessários da União e com o funcionamento dos espaços e mecanismos de controle social e participação popular, hoje, tão fragilizados. No pacto federativo brasileiro, o Ministério da Saúde tem um papel indutor importante a cumprir no sentido do estabelecimento das condições gerais para o desenvolvimento das políticas nacionais de saúde que garantam as bases para um sistema que se pretende único e universal, num país de desigualdades estruturais.

Nossa análise não valida o raciocínio otimista em relação às pretensas alternativas e a uma flexibilidade potencialmente positiva, justamente porque é fruto de uma perspectiva crítica e de uma leitura informada pela atual conjuntura. Estas nos indicam limites rigorosos a partir dos quais esta política e suas possibilidades se realizarão.

Podemos dizer que o discurso da PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como ‘sugerir’ e ‘recomendar’ que retiram o caráter indutor e propositivo da política. Expressam também a desconstrução de um compromisso com a expansão da Estratégia Saúde da Família e, por meio dela, do próprio sistema público. Entendemos ainda que essa estrutura de texto tem o propósito de blindá-lo à crítica, afinal, a partir do que está escrito, diversas opções seriam possíveis. Essa ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias (ideológicas) que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual. Tais escolhas nos remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal que exige uma menor presença do Estado na promoção das políticas públicas. Apontam no sentido inverso ao que é requerido para a continuidade do SUS como projeto e da Atenção Básica como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal.

Feitas essas considerações mais gerais, passamos a discutir elementos específicos presentes na nova PNAB que afetam tanto o contexto de trabalho dos ACS na Atenção Básica, como o seu trabalho propriamente dito. Analisamos as alterações nas diretrizes da Atenção Básica promovidas no texto da PNAB 2017 (BRASIL, 2017a), tomando como parâmetros a PNAB 2011 (BRASIL, 2012) e os princípios da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, na perspectiva de uma APS forte e de uma rede integrada de atenção à saúde no SUS. Os temas analisados são: a cobertura, a posição relativa da Estratégia Saúde da Família, a configuração das equipes, a organização dos serviços e, especificamente o trabalho dos ACS.

Buscamos compreender como as alterações relativas a esses temas afetam o trabalho dos ACS e contribuem para a reconfiguração da Atenção Básica. Do mesmo modo, procuramos observar como as mudanças indicadas diretamente para este trabalho implicam modificações na Atenção Básica. Os resultados dessas análises compuseram os subitens que passamos a apresentar.

7.1.1 Relativização da Cobertura

A universalidade é um princípio estruturante da Atenção Básica à Saúde no âmbito do SUS e, aliada à integralidade, tem distinguido a Política Nacional de Atenção Básica de conformações simplificadas e focalizantes de APS. Baseadas nestes princípios, as PNAB 2006 e 2011 vinham projetando a expansão da Estratégia Saúde da Família nas duas últimas décadas. Considerando este movimento, o tema da cobertura da AB destaca-se como um importante indicador da intencionalidade da PNAB 2017 no tocante ao direito à saúde. Suas relações com o trabalho do ACS são imediatas, uma vez que este está diretamente associado à ampliação de cobertura e à promoção do acesso à saúde.

Retrospectivamente, percebemos que, entre os itens necessários à implantação da ESF nas PNAB 2006 e 2011, encontramos uma única referência à cobertura universal. Ela se constrói de forma mediada, representada pela relação entre o número previsto de ACS por equipe e a cobertura de 100% da população cadastrada. Nessas PNAB, consta que, para a implantação de equipes de saúde da família é necessário um “número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família”. A PNAB 2011 (BRASIL, 2012) acrescenta o alerta de que não se ultrapasse o limite máximo de moradores vinculados a cada equipe, evidenciando a preocupação com as condições que podem diretamente afetar a qualidade da atenção.

No texto da PNAB 2017 (BRASIL, 2017a), anterior à consulta pública, não havia nenhuma referência à cobertura universal. A referência à 100% de cobertura é retomada no texto publicado, porém restrita a certas áreas: “Em áreas de risco e vulnerabilidade social, incluindo de grande dispersão territorial, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população, com um máximo de 750 pessoas por agente, considerando critérios epidemiológicos e socioeconômicos”.

A flexibilização da cobertura populacional está relacionada também aos parâmetros da relação equipe/população apresentados no item “Funcionamento”. Ali se lê que a população adscrita recomendada por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família é de 2.000 a 3.500 pessoas. Entretanto, nesse mesmo item, de acordo com as especificidades do território, prevê-se também a possibilidade de “outros arranjos de adscrição”, com parâmetro populacional diferente que pode ser “maior ou menor do que o parâmetro recomendado”. A decisão a esse respeito fica a cargo do gestor municipal, em conjunto com a equipe de AB e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, com a ressalva de que fica “assegurada a qualidade do cuidado”.

A PNAB 2011 indicava: “quanto **maior** o grau de vulnerabilidade, **menor** deverá ser a quantidade de pessoas por equipe”. Segundo essa redação, o critério de flexibilização de parâmetros populacionais aponta claramente a intenção de beneficiar aqueles que apresentassem maior necessidade de atenção. O mesmo não pode ser dito em relação à nova PNAB que, mais uma vez, se descompromete em adotar parâmetros que favoreçam um processo de atenção progressivamente mais qualificado. Ao desconsiderar a relação entre quantidade e qualidade, a afirmação de que deve ser “assegurada a qualidade do cuidado” torna-se mera retórica.

A cobertura é igualmente relativizada por meio da indefinição do número de ACS, uma vez que a PNAB 2017 indica que “O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente”. Desse modo, sem parâmetros claros, pode-se compor equipes com apenas um ACS, por exemplo.

Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. Lembremos que o ACS é um trabalhador que deveria ser o ‘elo’ entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Indefinir o número de ACS pode comprometer um conjunto de processos já instituídos na

ESF e que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. Dentre esses processos, destacam-se a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços sem o trabalho do ACS, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território.

Essas alterações articuladas abrem um precedente inédito na história da PNAB que desestabiliza o compromisso da política com a universalidade da atenção à saúde no SUS. E vão mais além. Como procuramos apresentar, em seguida, as modificações abrangem também a configuração e a organização dos serviços e as atribuições dos ACS.

7.1.2 A segmentação do cuidado: padrões essenciais e ampliados de serviços

Pode-se dizer que, além da universalidade, outro princípio com o qual a PNAB 2017 se descompromete é a integralidade. Isto se dá principalmente por meio da definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para a Atenção Básica, novamente, sob o argumento das condições ou especificidades locais. Esses padrões distinguem-se entre “essenciais” e “ampliados”.

Os padrões essenciais seriam as “ações e procedimentos básicos” que deveriam ser garantidos em todo o país pelas equipes. Embora sejam apresentados como condições básicas de acesso à atenção à saúde e de qualidade do cuidado oferecido, a própria segmentação nos remete à ideia de mínimos. Assim, o termo “básico” se esvazia do sentido que é tão caro a alguns autores da literatura sobre APS no Brasil, isto é, como distintivo do compromisso da AB de, ao mesmo tempo, ser o primeiro nível de acesso a um sistema universal que abrange uma rede integral e complementar de atenção à saúde, assim como, ser capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população (OMS, 1978).

Os padrões ampliados correspondem a “ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, **considerando as especificidades locais e decisão da gestão**”. Entretanto, tais padrões são apenas recomendados. A PNAB projeta um compromisso que se limita aos padrões essenciais, que como advertimos, tendem a se configurar em torno de cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva.

Não há nenhum conteúdo especificado que possibilite conhecer e analisar a que corresponderiam tais padrões. Não se sabe quais procedimentos e ações integram o padrão básico e, portanto, mantém-se a incerteza sobre a capacidade desse padrão atender às

necessidades de saúde que deveriam ser contempladas na APS. Em relação ao padrão ampliado, cabe questionar: existem ações e cuidados que integram a Atenção Básica hoje e que podem ser considerados dispensáveis, a ponto de constituírem um padrão opcional, ou seja apenas ‘recomendável’?

A análise empreendida conclui o inverso. Este é um modo de consentir com o aprofundamento das desigualdades e a segmentação do acesso e do cuidado que marca a APS em diversos países da América Latina como apontam Giovanella et al (2015).

O risco colocado, pela diferenciação entre os serviços “essenciais” e “ampliados”, é que se retome a lógica da seletividade com diretrizes que reforçam a segmentação e a fragmentação dos serviços e das ações de saúde no SUS, a partir da AP. Segundo Conill, Fausto e Giovanella (2010), a segmentação e a fragmentação são categorias fundamentais para a compreensão dos problemas dos sistemas de saúde. Estão relacionadas à garantia dos direitos sociais e são muito sensíveis aos problemas de financiamento público, com efeitos restritivos às possibilidades de acesso aos demais níveis de atenção e à constituição de redes integradas de atenção à saúde (SILVA, 2011).

Outra questão que nos ocorre é: a atenção prestada pelo ACS é considerada parte deste padrão ou do padrão essencial? Com a segmentação do padrão de serviços ofertados somada à flexibilização dos parâmetros para a presença dos ACS nas equipes, cabe indagar também quais seriam as suas atribuições e o sentido do seu trabalho. No conjunto de propostas da nova PNAB, desenhou-se uma resposta para essa última questão que buscamos caracterizar por meio de nossa análise.

A segmentação propugnada pela PNAB deve ser examinada de modo articulado à racionalidade, aos interesses e à perspectiva de sistema de saúde enunciada pelo atual então Ministro, segundo a qual seria desejável compreender o setor público e privado suplementar como partes de um todo único. Nesse sentido, ampliam-se as condições para que a saúde suplementar passe a integrar o sistema de serviços de saúde, dessa vez diretamente impulsionado pelo desenho das políticas públicas.

A base argumentativa para a segmentação do cuidado na nova PNAB deturpa a ideia de especificidades territoriais que antes justificavam e davam consistência à equidade, como diretriz viabilizadora do princípio da igualdade. A equidade remete à obrigação ético-política de se estabelecerem parâmetros e processos visando à superação de desigualdades historicamente produzidas na sociedade brasileira, de modo a revelar e interferir sobre as condições que as produzem. Contrariamente, essa segmentação do cuidado traz as bases para o desenvolvimento de um SUS seletivo, que universaliza mínimos e estratifica padrões de

atenção, justificados por situações precárias cuja superação não está no horizonte de compromissos das políticas públicas projetadas no atual contexto.

São sentidos opostos de utilização de uma noção – o território – que se fortaleceu no processo de consolidação da Saúde da Família como estratégia de ordenamento da AB no Brasil, daí o seu apelo positivo. Mais uma vez, trata-se da apropriação e ressignificação negativa de uma ideia chave aos defensores da APS forte, que contribui para confundir os desavisados quanto às intenções da nova PNAB.

Entretanto, a desconstrução do compromisso com a universalidade e com a integralidade parecem fazer parte de um quadro mais amplo que não nos permite ilusões. O horizonte imediato do setor da saúde, na perspectiva das forças políticas hegemônicas, revela-se em uma fala proferida pelo então Ministro Barros sobre o tema “Gestão transformadora para a saúde pública”, num encontro com líderes empresariais em 2016:

Queremos mais recursos para a saúde e, como estamos nessa crise fiscal, se tivermos planos acessíveis com modelos de que a sociedade deseje participar, teremos R\$ 20 ou R\$ 30 bilhões a mais de recursos que serão colocados para atendimento de saúde. Isso vai aliviar nosso sistema, que está congestionado (BARROS, 2017, p. 01).

Para viabilizar este propósito, o Ministério da Saúde criou um Grupo de Trabalho (GT) para elaborar um projeto que possibilite a oferta de planos ‘populares’ de saúde com menos serviços do que é definido como cobertura mínima pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A adesão a esses planos ‘populares’ de saúde – entendidos aqui como simplificados - seria voluntária.

Como se gera a “adesão voluntária” ao setor privado? A resposta que oferecemos pode parecer óbvia ou redundante: se produz adesão ao setor privado por exclusão do setor público. Entretanto, não é óbvio compreender que a exclusão do setor público deve ser ativamente produzida, e se faz por meio da restrição ao acesso, associada à baixa qualidade dos serviços. É essa combinação que acarreta a evasão de parte da classe trabalhadora ou a não adesão da classe média ao SUS.

De acordo com nossa análise estão em curso três eixos de ação: a) definir padrões mínimos e ampliados para a AB; b) estabelecer uma “regulação que permita menos cobertura e menos custo” (BARROS, 2017); c) colocar no mercado planos baseados na oferta de um “rol mínimo do mínimo” de serviços (EBC, 2016). Articuladas, essas ações integram um processo que, pela exclusão do SUS, pode gerar clientela para os planos privados e viabilizar planos incapazes de atender às necessidades de saúde das pessoas. Nesse cenário, a nova

PNAB tende a servir como plataforma para o avanço de políticas que aprofundem tais possibilidades.

É importante notarmos aqui o movimento do real no sentido da alteração de um dos pressupostos desta tese, qual seja, de que a precarização do trabalho (subtração de direitos da classe trabalhadora) foi condição para a ampliação do acesso à saúde (aumento relativo do direito à saúde de frações desta classe). No atual contexto de agravamento das políticas contrárias aos interesses da classe trabalhadora, o movimento que presenciamos consiste no fato de que não há mais qualquer compromisso público com o direito à saúde, mas sim, com a ampliação da oferta privada de atenção à saúde, aprofundando a sua mercantilização. Uma condição fundamental para viabilizar essa mudança é justamente a segmentação da oferta pública e privada, por meio da criação de padrões simplificados de serviços. Nesse contexto, o ACS se torna dispensável, pois não há acesso a ser promovido; ou tem suas funções muito limitadas no que restar de público na Atenção Básica.

A naturalização da ingerência do setor privado no SUS, expressa por pensamentos tais como “Isso já acontece”, contribui para ofuscar o fato de que a Atenção Básica vinha se constituindo como um contraponto a essa realidade. Uma vez sustentado o movimento de expansão e qualificação da ESF, a Atenção Básica tenderia a concretizar, a médio e longo prazo, a experiência do acesso a atenção à saúde, efetivamente pública. É esse o horizonte que está sendo desconstruído.

Desde 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS, em substituição às modalidades tradicionais. A NOB/96 (BRASIL, 1997d) instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o PACS e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas (LEUCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Essa priorização teve repercussões concretas e, em 1998, foi estabelecido o primeiro Pacto de Indicadores da Atenção Básica (BRASIL, 1998f), processo que se renovou periodicamente por meio da negociação intergestores de metas para a avaliação e o monitoramento da Atenção Básica no SUS. Desdobrou-se também em outros dispositivos de fortalecimento da Atenção Básica como, por exemplo, a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), também em 1998, substituindo o Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (SIPACS).

Ainda visando a reorientação do modelo de atenção, é criado, em 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF). O PROESF voltou-se para os municípios com mais de 100.000 habitantes, explicitando a compreensão da Saúde da Família como uma estratégia viável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente. No âmbito do PROESF, foi criada, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e equipes da ESF, com o propósito de qualificação da AB por meio da avaliação (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

A agenda política de fortalecimento da APS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou-se gradativamente e, em 2006, tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006g). Nesse mesmo ano foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica, revisada em 2011 (BRASIL, 2012), buscando preservar a centralidade da Estratégia Saúde da Família para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse processo envolveu um amplo escopo de ações, mobilizando instituições e sujeitos sociais para responder aos desafios colocados para a formação de trabalhadores, a organização do processo de trabalho, as interações com a comunidade, a compreensão do território e as relações entre os entes federados.

Segundo Magalhães Júnior e Pinto (2014), há, pelo menos, dois indicadores importantes da centralidade dada à PNAB no âmbito federal das políticas de saúde. São eles: o aumento, em mais de 100%, dos recursos repassados aos municípios para o financiamento da AB entre 2010 e 2014; e a aplicação de recursos para a qualificação e a ampliação da estrutura das unidades, por meio de um projeto específico – o Requalifica SUS – lançado em 2011.

Também em 2011 é instituído o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) que incorporou elementos da AMQ e ampliou as vertentes de avaliação, tendo como finalidade a certificação das equipes da Saúde da Família. Esse Programa permitiu vincular formas de transferência de recursos do PAB variável aos resultados provenientes da avaliação, constituindo-se em um mecanismo de indução de novas práticas (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

Em relação ao PMAQ, ainda que tenhamos que problematizá-lo no tocante à racionalidade gerencialista que tem predominado na avaliação como componente da gestão do SUS e seus efeitos sobre o trabalho em saúde, não podemos deixar de reconhecer que se trata

de um investimento que objetiva o fortalecimento da Atenção Básica. O sentido e a abrangência desse fortalecimento, entretanto, precisa ser melhor analisado. Observamos alguns dos efeitos negativos desta racionalidade na prática dos ACS e na organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, como apresentado no capítulo 6 desta tese.

Outra ressalva a ser feita em relação ao que caracterizamos como aspectos de um processo de investimento na Atenção Básica é o fato de que se tem avançado na cobertura, mas, não, na mudança de modelo. Isto, a longo prazo, compromete a Saúde da Família como uma estratégia de reorientação, capaz de promover a atenção integral à saúde, baseada na compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença, no trabalho interdisciplinar, com centralidade no território, articulando as ações de prevenção, promoção e cuidado à saúde e coordenando o processo de cuidado nos demais níveis de atenção. Num processo de reformulação do modelo de atenção, o trabalho educativo do ACS teria um lugar central, com sentido oposto ao que temos visto se produzir na normatividade e na prática dos agentes.

Em termos de cobertura, dados disponibilizados pelo MS indicam que a ESF alcançou uma cobertura de 58% da população ESF em outubro de 2017. Sabemos que essa cobertura chega a atingir 100% em alguns municípios. Isto tem se dado acompanhado de novos serviços, modalidades e arranjos de equipes multiprofissionais, com destaque para as equipes ampliadas com a Saúde Bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Mesmo reconhecendo a persistência de problemas no acesso, na qualidade e na continuidade da atenção, diversos estudos sugerem avanços decorrentes das políticas de APS na redução de internações evitáveis e dos gastos hospitalares (SILVA, 2017) e para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira (PEREIRA et al, 2012; GIOVANELLA et al, 2015)

Ainda que as forças hegemônicas representantes dos interesses do mercado defendessem o contrário, no movimento de expansão e qualificação da ESF, no qual se destaca a participação do ACS, a Atenção Básica apontava um caminho fundamental para a concretização do acesso à atenção à saúde efetivamente pública e do direito universal. Compreendemos que este projeto, que reconhecemos carecer de mudanças e mais investimentos, está sendo suspenso ou interrompido pelo sentido dado às diretrizes contidas na PNAB 2017.

7.1.3 O reposicionamento da Estratégia Saúde da Família e a retomada da Atenção Básica tradicional: reconfiguração das equipes e do modelo de atenção

Em relação ao papel atribuído à Estratégia Saúde da Família, o texto da PNAB 2017 (BRASIL, 2017a) apresenta uma posição ambígua, com propostas que apontam para sentidos opostos. Ao mesmo tempo em que mantém a ESF como prioritária no discurso, admite e incentiva outras estratégias de organização da AB, nos diferentes territórios:

Art. 4º - A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. **Contudo** reconhece **outras estratégias** de organização da atenção básica nos territórios, que devem seguir os princípios, fundamentos e diretrizes da atenção básica e do SUS descritos nesta portaria, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as **especificidades locais/regionais**, ressaltando a **dinamicidade do território** (Grifos nossos).

Essa ambiguidade torna-se mais visível quando se analisam, em conjunto, certos elementos dessa política, com destaque para as alterações nas equipes e no financiamento das ações de AB.

No que tange ao financiamento que, até então, fora sido utilizado como estratégia para a adoção da ESF pelos municípios, não se explicitam mecanismos de valorização diferenciada da ESF em relação às chamadas equipes de AB às quais, anteriormente, não eram destinados recursos de incentivo. O fato é que passa a ser facultada à gestão municipal a possibilidade de compor equipes de AB de acordo com as características e as necessidades do município. Mais uma vez, aparece o recurso às especificidades locais como justificativa para a flexibilização do modelo de AB.

Quanto às equipes, são alteradas tanto as regras de composição profissional, quanto as referências para a distribuição da carga horária dos trabalhadores. Ainda que todos os elementos assinalados até aqui tenham relação com o ACS e seu trabalho, as alterações na composição das equipes o atingem notadamente.

A presença dos ACS não é requerida na composição mínima das equipes de AB, diferente do que acontece na ESF. Considerando as recentes conquistas desses trabalhadores em relação aos vínculos empregatícios e à definição do piso salarial da categoria, entende-se que esta é uma possibilidade que desonera financeiramente a gestão municipal, tornando-se extremamente atraente no contexto de redução de recursos já vivenciado e cujo agravamento é previsto.

A presença deste trabalhador e a continuidade, com regularidade, das ações por ele desempenhadas nunca estiveram tão em risco. O prejuízo recai principalmente sobre as ações

educativas e de promoção da saúde, pautadas pela concepção da determinação social do processo saúde doença e da clínica ampliada, que configuram bases importantes para a reestruturação do modelo de atenção à saúde.

Em relação à carga horária, determina-se o retorno da obrigatoriedade de 40 horas para todos os profissionais da ESF, inclusive os médicos, cuja carga horária havia sido flexibilizada na PNAB 2011. Essa alteração retoma condições estabelecidas desde a implantação do PSF que são consideradas positivas para favorecer o vínculo entre profissional e usuário e potencializar a responsabilidade sanitária das equipes. Entretanto, sabe-se que a flexibilização da carga horária dos médicos de quarenta para vinte horas buscava equacionar a dificuldade de fixação desse profissional nas equipes, um problema que persiste.

Diferentemente do que é previsto para a ESF, a carga horária projetada para as equipes de AB, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, deve atender às seguintes orientações: a soma da carga horária, por categoria, deve ser no mínimo de quarenta horas; a carga horária mínima de cada profissional deve ser de dez horas; o número máximo de profissionais por categoria deve ser três.

Operacionalmente, são inúmeros os arranjos possíveis para a composição das equipes de AB. Para fins de ilustração, uma equipe pode ser composta por três médicos dos quais, dois com cargas horárias de vinte horas e um com dez horas, três enfermeiros com quarenta horas cada, um auxiliar ou técnico de enfermagem com quarenta horas e **nenhum** ACS. Isto significa que, pelo menos, três fatores tornam mais atraente compor equipes no modelo de AB tradicional: contam com menos profissionais do que a ESF e, portanto, podem ter um custo mais baixo; são mais fáceis de organizar em função da flexibilidade da carga horária; e, agora, são também financeiramente apoiadas. Devemos lembrar que a referência de população coberta também foi flexibilizada.

Embora essas alterações possam ser lidas como meros instrumentos de gestão, visando a redução de custos, cabe questionar os seus possíveis efeitos sobre o modelo de atenção à saúde. Tal formatação de equipes tende a fortalecer a presença de profissionais cuja formação permanece fortemente orientada pelo modelo biomédico, curativo e de controle de riscos individuais. Nesse sentido, reiteramos, antes mesmo que a ESF tenha avançado significativamente na transformação do modelo de atenção, a PNAB 2017 representa uma regressão em relação a esse propósito. Cria as condições para a expansão da AB tradicional, fortalecendo a lógica da organização do atendimento ambulatorial baseado nas queixas apresentadas pelos usuários (queixa-conduta) e na disponibilidade dos profissionais e dos serviços.

A nova PNAB, ao flexibilizar o modelo de atenção e do uso dos recursos transferidos por meio do PAB variável, fragiliza o poder de regulação e indução nacional exercido pelo Ministério de Saúde, responsável por avanços significativos no processo de descentralização do SUS. No que tange ao financiamento, ressalta-se a ausência de mecanismos de valorização diferenciada da ESF em relação às chamadas equipes de AB para as quais, anteriormente, não eram destinados esses recursos.

No discurso dos gestores, a abertura de ‘novas’ possibilidades de financiamento e organização da Atenção Básica tem sido valorizada quase como um reparo às supostas ‘injustiças’ cometidas contra as formas tradicionais de configuração da AB. O Ministério da Saúde justifica as mudanças alegando que as regras praticadas nas PNAB anteriores provocaram um desfinanciamento de parte dos serviços de AB existentes no país.

Entretanto, esses argumentos mostram-se falaciosos na medida em que suprimem do debate as análises que mostram os impactos positivos da adoção e expansão da Estratégia Saúde da Família nas condições de vida e saúde da população. Também não levam em consideração que as especificidades loco regionais já eram objeto das PNAB anteriores e de incentivos financeiros vigentes, sendo possível observar a adoção de adaptações ao modelo preconizado pela ESF em vários municípios do país.

Chama a atenção a ausência de uma análise contextualizada sobre o impacto das mudanças que estão sendo propostas na PNAB 2017 e que serão implementadas nos próximos anos. A liberdade e maior autonomia requerida pelos gestores locais se insere em uma conjuntura de ameaças aos direitos sociais, forte restrição fiscal e orçamentária com agravamento da situação de subfinanciamento do SUS. Esse contexto condicionará as escolhas políticas, ampliando as dificuldades loco-regionais para a manutenção de serviços de Atenção Básica frente aos custos elevados da atenção de média e alta complexidade no SUS. A escassez de recursos públicos disponíveis para a saúde também tenderá a aumentar as disputas redistributivas, favorecendo a influência de interesses particulares nas decisões alocativas do setor, a implantação de planos privados de cobertura restrita e de modelos alternativos à ESF com resultados duvidosos para a organização da atenção básica.

Num sistema descentralizado, com forte dependência dos municípios em relação ao financiamento federal, a forma de alocação dos recursos na PNAB tem tido um papel estratégico na adoção da ESF como modelo de organização da Atenção Básica. Neste processo, ao mesmo tempo em que o Ministério da Saúde pôde avançar no seu papel de coordenação na gestão tripartite na saúde, os municípios de menor porte, com menor poder

arrecadatório, também foram favorecidos com o aporte regular de recursos que propiciaram o desenvolvimento da AB nesses locais.

As mudanças projetadas pela nova PNAB, principalmente por meio da flexibilização das diretrizes e do financiamento da AB pelo PAB variável, podem reverter essa situação, com o Ministério da Saúde, simultaneamente, abrindo mão do seu papel indutor e beneficiando as capitais e outros centros de grande complexidade urbana, com menor adesão e cobertura da ESF. Parece-nos um pacto perverso por meio do qual, numa conjuntura de ‘austeridade’, o governo federal diminui os recursos para a saúde, mas libera os gestores municipais para utilizá-los conforme seus interesses.

7.1.4 A PNAB 2017, certas ideias sobre o ACS e as implicações para o seu trabalho

Particularmente sensível às inflexões implementadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o trabalho dos ACS é um importante indicador das disputas que se colocam no campo da APS, no que tange à sua organização, ao seu desenvolvimento e gestão, incluindo a definição do escopo e da abrangência dos serviços e ações.

Aqui recuperamos duas ideias que têm sido recorrentes nas discussões sobre o papel do ACS na Atenção Básica hoje e que se associam às proposições da PNAB 2017 para este trabalhador. A primeira ideia é que o ACS não seria um trabalhador relevante, que se justifica em todos os contextos da Atenção Básica. A segunda ideia, articulada à primeira, é que, para manter-se pertinente e resolutivo, o ACS deve assumir atribuições do campo clínico, características do acompanhamento de condições crônicas de saúde e procedimentos simplificados.

Coerentes com esse tipo de pensamento destacam-se três indicações da PNAB 2017 que afetam diretamente os ACS:

- 1) A não especificação do quantitativo de ACS nas equipes da ESF, a não ser nas áreas de risco e vulnerabilidade social;
- 2) A não exigência da presença de ACS nas equipes de AB que passam a ser financiadas com recursos do PAB variável;
- 3) A redefinição das atribuições dos ACS, incorporando atividades do ACE e dos trabalhadores de enfermagem.

As duas primeiras indicações convergem para a flexibilização da presença do ACS nas equipes de AB. Essa flexibilização, associada ao fato de que a cobertura de 100% passa a ser uma diretriz somente nas mesmas áreas mencionadas, ou seja, de risco e vulnerabilidade

social, parece apontar para a retomada de uma concepção focalizante do trabalho do ACS e da configuração das equipes. Em outras palavras, tanto a cobertura de 100% quanto a presença dos ACS com os parâmetros que conhecemos hoje só são previstos para situações e locais específicos. A omissão em relação à cobertura nacionalmente projetada e ao número de ACS por equipe interfere diretamente no perfil das equipes e na sustentação do ACS como um elemento fundamental de expansão da ESF. Essa ideia torna-se viável e fortalecida pela previsão de financiamento federal para as equipes de Atenção Básica que não incluem o ACS em sua composição mínima.

Se posta em prática, a ideia de flexibilizar a presença dos ACS nas equipes desfigura uma diretriz da APS cujo sentido remete à estreita conjugação entre: necessidades de saúde, territorialização, adscrição de clientela, vínculo e responsabilidade sanitária. Associada à relativização da cobertura, à segmentação do cuidado, à reorganização das equipes e ao reposicionamento da ESF, a indefinição da presença dos ACS é mais um elemento que contribui para privar a APS da perspectiva de substituição do modelo de atenção e de ordenamento da rede. Aumenta o risco de regressão à modalidade tradicional de serviços básicos de saúde, organizados sob a lógica de atendimento ‘queixa-conduta’, já mencionada. Nesse sentido estamos postos ante ao risco de adotarmos uma compreensão reduzida até mesmo do que é doença (DRUETZ; RIDDE; HADDAD, 2015).

Os efeitos regressivos têm dimensões quantitativas e qualitativas, uma vez que tanto o número quanto a qualidade dos serviços disponíveis tende a ser afetada. Contribuem para legitimar a ideia do plano ‘popular’ de saúde como uma necessidade imperativa diante de mais um ‘fracasso’ do setor público em atender às demandas das pessoas. Entretanto, devemos refletir sobre até que ponto essas demandas se constroem e se naturalizam como resultado do mesmo discurso que desqualifica e desmonta o SUS.

Numa pretensa otimização do trabalho dos ACS e ACE, a PNAB 2017 intervém no perfil de atuação de ambos, estabelecendo atribuições específicas e comuns aos dois agentes. Argumenta-se a intenção de aproximar o seu trabalho, otimizando a presença dos agentes no território. Entretanto, o que se percebe é que se trata de um arranjo para que ambos possam atuar praticamente como um único profissional. Justificada pela necessidade de integração entre a atenção e a vigilância, essa proposta evita revelar o que parece ser seu propósito principal, qual seja, a redução de custos operada por meio do corte de postos de trabalho e da intensificação do trabalho dos agentes que restarem em atividade.

A integração entre ACS e ACE é uma necessidade para o desenvolvimento de ações articuladas na Atenção Básica em torno da qual há consenso. Entretanto, a proposta de fusão

entre ACS e ACE como solução para esse problema tende a desconsiderar que a integração entre diferentes áreas técnicas/políticas requer a identificação de pontos de interface no processo de trabalho e a construção de estratégias de planejamento conjunto e de trabalho compartilhado, com a definição do que é específico e comum aos diferentes trabalhadores das equipes de saúde. Os argumentos que têm sido apresentados em defesa dessa fusão partem de uma descrição parcial e simplificada do processo de trabalho desses profissionais e, nesse sentido, não corresponde nem à realidade do que realizam, nem ao potencial do que pode ser alcançando por meio de sua integração.

Outro problema identificado nas alterações das atribuições dos agentes na PNAB 2017 é o esvaziamento da singularidade do trabalho do ACS. Isto se dá quando se estabelece um rol de atribuições comuns aos ACS e ACE e desloca-se para este conjunto comum atividades históricas e tipicamente identificadas como responsabilidade dos ACS. Ao mesmo tempo, se estabelece para o ACS e somente para ele, a responsabilidade pela produção e o registro de uma série de dados e informações, contribuindo para a sua descaracterização como um trabalhador prioritariamente voltado para a educação em saúde. Na tabela, a seguir, podemos ver as atribuições propostas para os agentes na nova PNAB.

Quadro 9 - Atribuições dos ACS e ACE segundo a PNAB 2017

Além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:		
a) Atribuições comuns do ACS e ACE:	b) Atribuições do ACS:	c) Atribuições do ACE:
<p>I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;</p> <p>II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica</p>	<p>I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;</p> <p>II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da</p>	<p>I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;</p> <p>II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;</p> <p>III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;</p> <p>IV.- Realizar e manter</p>

<p>de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;</p> <p>III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;</p> <p>IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;</p> <p>V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;</p> <p>VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;</p> <p>VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;</p> <p>VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;</p> <p>IX.- Estimular a participação</p>	<p>comunidade;</p> <p>III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;</p> <p>IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;</p> <p>V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;</p> <p>VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;</p> <p>VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.</p> <p>Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.</p> <p>I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;</p> <p>II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos</p>	<p>atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e</p> <p>V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e</p> <p>VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.</p>
---	---	--

<p>da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;</p> <p>X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e</p> <p>XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.</p>	<p>diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;</p> <p>III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;</p> <p>IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e</p> <p>V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.</p> <p>Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal</p>	
--	--	--

Fonte: Elaboração da autora a partir da Portaria MS nº 2.436 (BRASIL, 2017a)

Especificamente quanto ao tema da resolutividade, o movimento feito pela PNAB 2017 foi a incorporação de atividades tradicionalmente ligadas à enfermagem no rol de atribuições dos ACS: aferição de pressão arterial, medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar e realização de técnicas limpas de curativo.

A proposta de inclusão desse tipo de atividade não merece uma reflexão tão aligeirada quanto a simples consideração sobre a ampliação do escopo em face do aumento da resolutividade. Em primeiro lugar, porque a partir da fragmentação e do parcelamento do trabalho em saúde, baseados na lógica biomédica de compreensão e organização do processo saúde-doença, é possível distinguir inúmeros atos simplificados ou parcelas extraídas de atividades mais complexas, na linha da prevenção de doenças e da assistência, que podem ser transferidos para um trabalhador de perfil genérico. A saúde bucal, cujo processo de trabalho prevê o profissional de nível superior, o técnico de saúde bucal e o auxiliar de saúde bucal, já tem atribuído aos ACS algumas de suas práticas, como a avaliação da cavidade oral para orientações e encaminhamentos. Mesmo aqueles que ratificam esse modo de implementar a divisão social do trabalho na saúde, devem estar alertas para o fato de que a transferência do

manejo clínico simplificado para o trabalhador comunitário pode repercutir negativamente na qualidade da assistência (DRUETZ; RIDDE; HADDAD, 2015).

Além disso, como já problematizamos, trata-se de um processo que repõe de modo contínuo a divisão social e técnica do trabalho na área da saúde, liberando os profissionais ‘mais qualificados’ para atividades ‘mais nobres’. Em consequência, as especificidades do trabalho dos demais profissionais se esvazia e a sua autonomia se reduz ainda mais, reforçando a sua inserção subordinada no processo de trabalho (re) hierarquizado.

Entre os resultados do trabalho de campo da pesquisa, como vimos, encontramos atividades de enfermagem realizadas pelos ACS, porém compreendidas pelos trabalhadores como tarefas não-prescritas ou desvios de função. Conforme analisamos, essas atividades são realizadas como parte da divisão de tarefas no interior das equipes ou em substituição de um profissional ausente, ou em falta, ou em função de demandas dirigidas aos ACS pelos moradores das comunidades. Em geral, neste último caso, tais atividades são realizadas no âmbito da própria comunidade, fora do horário e do espaço de trabalho do agente, sendo fortemente baseadas na relação de solidariedade que os agentes desenvolvem com os seus vizinhos.

Conhecemos vários motivos que provocam a prática de enfermagem pelos ACS na comunidade. Destacamos alguns. Primeiro, há o horário de funcionamento predominante das unidades de Saúde da Família (que são os serviços mais próximos do local de moradia das pessoas) e as dificuldades geográficas de acesso aos serviços de referência. Segundo, temos o caso de pessoas idosas e de acamados cujo deslocamento frequente até a unidade para atividades de controle e prevenção, como a aferição de pressão ou a testagem de glicose, é muito difícil e penoso; há ainda as situações nas quais os primeiros socorros podem evitar o risco de morte.

Em relação à preparação para tais práticas, sabemos que vários agentes comunitários de saúde são egressos do PROFAE e, portanto, têm capacitação para a realização desses procedimentos que, no cotidiano das comunidades, costumam ser feitos por pessoas sem a devida qualificação, como já problematizamos.

Entendemos que essas condições associadas reforçaram a pressão exercida pelo Ministério da Saúde para o aumento da resolutividade na Atenção Básica e ajudaram a construir as alterações introduzidas na PNAB 2017 (BRASIL, 2017a) e na Lei nº 13595 (BRASIL, 2018b) que modificou a Lei que regulamente o trabalho do ACS – a Lei nº 11350 (BRASIL, 2006b).

Entretanto, existe uma diferença importante entre tornar o ACS um profissional da saúde apto a realizar alguns procedimentos importantes **na comunidade** – garantindo que seu perfil de atuação se mantenha voltado para a educação em saúde, de base crítica – e torná-lo um replicador das mais diferentes práticas (clínicas e ou não) que reforçam a perspectiva da educação para a saúde, em seu sentido restrito. Essas duas alternativas constituem visões polarizadas não apenas sobre o trabalho desse profissional, mas também sobre o que isso implica, com destaque para a sua formação e o valor social do seu trabalho, nas relações na equipe e no sistema de saúde. Apesar de polarizadas, são duas concepções que convivem e, por vezes se sobrepõem, na disputa mais ou menos explícita da configuração do processo de trabalho em saúde.

Em experiências internacionais, como em diversos países da África, podemos verificar a predominância de uma dessas visões. O trabalhador comunitário é sobretudo um executor de ações clínicas simplificadas que, em certa medida, remetem à uma atualização da concepção de APS seletiva. A avaliação sobre a relevância desse trabalhador é conferida pelo alcance de resultados muito específicos, sobre sua competência na realização de atos selecionados ou sobre as provas de efetividade dessas ações no controle de doenças endêmicas. Frequentemente, o parâmetro de comparação é o resultado obtido quando os procedimentos são realizados por profissionais mais escolarizados e que acarretam maiores custos para o sistema. (OLANIRAN et al, 2017) No Brasil, a história desse trabalhador também guarda relação com esse perfil de atuação.

Compreendemos, entretanto, que o percurso de construção de uma APS forte não é compatível com esse movimento, que pode significar, no Brasil, um recuo no rumo da reorientação do modelo de atenção pretendido até então. Não se trata exclusivamente da reversão do modelo hospitalocêntrico e curativo. Aqui, o termo ‘reorientação’ pode ser igualmente apropriado para argumentar a favor da reconfiguração da relação entre o Estado e as necessidades de saúde da população, historicamente marcada pelo propósito de remediar a precariedade em alguns contextos selecionados.

Olhando a realidade atual do SUS, percebemos um cenário em que se sobrepõem a persistência do modelo biomédico, a intensificação do trabalho, a gestão por produtividade, a fragilidade da qualificação, a escassez de serviços e de trabalhadores para uma cobertura universal e o crescente desinvestimento na saúde pública. Consentir que a discussão sobre resolutividade se encerre em torno do acréscimo de atividades e que esse acréscimo recaia sobre um trabalhador, o ACS, tem consequências facilmente previsíveis.

A consideração desses temas, na perspectiva aqui assumida, traz para o sistema de saúde a exigência de promover políticas de formação associadas à revisão do seu perfil profissional, num esforço análogo ao que, há vários anos, tem sido feito em relação aos médicos⁸⁹. Outro esforço requerido é o de incorporar à gestão processos que propiciem a inserção do ACS em uma equipe orientada pela perspectiva da promoção da saúde, da atenção integral e da clínica ampliada. Mas estes são horizontes de um planejamento político de longo prazo, mas que precisa ser construído logo, como alternativa às urgências que se sucedem e reforçam o apelo às soluções imediatistas e simplificadoras, como as que se materializaram na PNAB 2017 (BRASIL, 2017a).

Notemos ainda que as alterações projetadas pela PNAB 2017 para o trabalho dos ACS não são um movimento isolado. Ao contrário, integram um processo mais amplo do qual fazem parte, pelo menos, dois outros instrumentos normativos: a Portaria nº 83 de 10 janeiro de 2018, que institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS (BRASIL, 2018c) e a Lei nº 13.595 de 5 de janeiro de 2018 (BRASIL 2018b), que modificou a Lei nº 11350 de 2006 (BRASIL, 2006b), considerando-se particularmente os vetos presidenciais.

7.2 Programa de Formação em Enfermagem dos Agentes de Saúde (PROFAGS): a resolutividade também enviesada

O PROFAGS (BRASIL, 2018c), ao lançar as bases para a formação de 250 mil ACS e ACE em técnicos de enfermagem, parece responder à necessidade de formação dos ACS para o exercício das novas atribuições previstas na PNAB 2017, típicas da categoria de enfermagem. Esse projeto de transformação em larga escala dos ACS em técnicos de enfermagem desconsidera a existência do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde publicado em 2004, pelo próprio MS, em parceria com o MEC (BRASIL, 2004b). Ainda que não tenha sido implementado como uma política nacional de formação desses trabalhadores, o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde foi realizado em alguns locais, às expensas do estado ou do município. Nogueira (2017) indica que, entre 2004 e 2016, esta formação só havia sido oferecida integralmente nos estados do

⁸⁹ Visando à qualificação profissional dos médicos para a atuação na ESF, foram dirigidos investimentos públicos para várias iniciativas como: a capacitação inicial, as residências e especializações em saúde da família e os processos de mudança nos currículos de graduação. Os Polos de Capacitação em Saúde da Família foram importantes formuladores e executores desses processos, em parceria com universidades e institutos de pós-graduação. (MOROSINI, 2010)

Tocantins e do Acre, no município de Gravataí, em alguns municípios do Maranhão e nas capitais Recife, Manaus e Rio de Janeiro. Segue, assim, como um horizonte, mesmo que distante, de formação profissional específica para esses trabalhadores.

Segundo o item V do artigo 3º da Portaria nº 83 de 2018 (BRASIL, 2018c), um dos objetivos do PROFAGS é: “contribuir para a ampliação do escopo de práticas na atenção Básica, com vistas ao aumento de resolutividade desses serviços”. Essa proposta está, portanto, diretamente relacionada com a ampliação de resolutividade que o Ministério da Saúde tem defendido como necessária. Entretanto, como já indicamos, a resolutividade pretendida é orientada por uma certa concepção de saúde-doença e de cuidado em saúde que remetem ao modelo biomédico. Uma forma de perceber esse viés é por meio da comparação entre os perfis de conclusão dos cursos técnicos de ACS e de enfermagem.

Quadro 10 - Perfis de Conclusão dos Cursos Técnicos de Agente Comunitário de Saúde e de enfermagem

Curso	Perfil de conclusão
Técnico de ACS	Orienta e acompanha famílias e grupos em seus domicílios. Identifica e intervém nos múltiplos determinantes e condicionantes do processo saúde e doença, para a promoção da saúde e redução de riscos à saúde da coletividade. Realiza mapeamento e cadastramento de dados sociais, demográficos e de saúde. Desenvolve suas atividades norteadas pelas diretrizes, princípios e estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde. Promove comunicação entre equipe multidisciplinar, unidade de saúde, autoridades e comunidade.
Técnico de enfermagem	Realiza curativos, administração de medicamentos e vacinas, nebulizações, banho de leito, mensuração antropométrica e verificação de sinais vitais. Auxilia a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação no processo saúde-doença. Prepara o paciente para os procedimentos de saúde. Presta assistência de enfermagem a pacientes clínicos e cirúrgicos e gravemente enfermos. Aplica as normas de biossegurança.

Fonte: Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (BRASIL, 2016f)

Nota-se que o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde corresponde a um perfil de atividades complexas, localizadas na interface entre a área social - com ênfase na educação e na comunicação -, a clínica e a epidemiologia. Do ponto de vista do conhecimento e da perspectiva política, requisita a compreensão dos determinantes sociais e da dinâmica de produção da vida e dos problemas de saúde específicos dos territórios de atuação, bem como prevê o desenvolvimento da capacidade de articulação com as instituições de saúde e de outras áreas. Tem interface com a clínica, mas predomina a direcionalidade da prevenção e da promoção da saúde. Foi construído especificamente para o trabalho na Atenção Básica.

O Curso Técnico de Enfermagem projeta um perfil de atividades ligadas à assistência clínica, com ênfase nas práticas de enfermagem. Do ponto de vista do conhecimento, requer a compreensão da assistência à saúde, visando o domínio de técnicas de apoio, preparação e acompanhamento dos procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Diante do perfil almejado na formação técnica em enfermagem, a condição de morador da comunidade, exigida aos ACS e mantida nos documentos normativos em análise, responde, sobretudo, ao interesse institucional em ter um trabalhador apto a circular nos territórios, acessar os domicílios e realizar alguns procedimentos. Isso se dá em detrimento da valorização de seu poder de compreender a dinâmica de vida nesses territórios e colocar seu conhecimento em articulação com as necessidades das pessoas e da coletividade, ao mesmo tempo em que conhece e tenciona as possibilidades de atuação dos serviços no sentido do atendimento dessas necessidades.

Deve-se levar em conta também que o risco de sobrecarga e de uma possível redução de postos de trabalho, já antevisto pelo acúmulo de atividades entre os agentes (ACS e ACE), parece agravado pelo projeto de formação em enfermagem. Estaria em curso a criação de um trabalhador sobre o qual irão se sobrepor três escopos de práticas. A transformação do trabalho do ACS projetada pelo PROFAGS na direção de uma certa resolutividade fica, assim, mais clara, como também se explicita um dos sentidos econômicos da proposta: a redução de custos com pessoal.

Voltaremos a tratar do PROFAGS mais adiante. No momento, precisamos incluir nesta análise a Lei nº 13595 (BRASIL, 2018b).

7.3 Lei nº 13595 e os vetos presidenciais: o movimento dos ACS encontra o golpe

A Lei nº 13.595 (BRASIL, 2018b) resulta dos esforços do movimento organizado dos ACS em fazer frente às ameaças ao seu trabalho e à sua presença na ESF. Tais ameaças que eram percebidas pelos ACS, pelo menos, desde 2015 (NOGUEIRA; BORNSTEIN, 2015), concretizaram-se, como visto, na Portaria nº 958 de 2016 (BRASIL, 2016a) que retirava o ACS da equipe mínima da ESF.

No PL nº 6437/2016 (BRASIL, 2016b) que deu origem a esta Lei, os ACS tentaram redefinir atribuições e diretrizes para a sua formação. As atribuições foram classificadas em: privativa, típicas, assistidas por profissional de nível superior e compartilhadas com os demais membros da equipe. Foi proposto também que os ACS e os ACE passassem a desenvolver, de forma integrada, ações de orientação à comunidade, planejamento de atividades e notificação

de casos relativos ao campo da vigilância, porém com a precaução de não sobrepor as respectivas funções e responsabilidades.

A utilização dessa classificação – privativa, típicas, assistidas e compartilhadas – e as atividades abrangidas por cada item revela um duplo sentido no movimento dos ACS: defender o seu trabalho e definir, numa certa escala de valor, o que entendem ser suas principais atribuições e sobre como estas devem ser realizadas. Assim, vejamos.

Neste PL, foi definida como atividade **privativa** dos ACS a realização de:

(...) visitas domiciliares rotineiras em sua base geográfica de atuação, casa a casa, para a busca ativa de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de eventos de importância para a saúde pública, com consequente encaminhamento para a unidade de saúde de referência (BRASIL, 2016b).

Apesar de apresentar uma contradição importante, dado que o trabalho em equipe na ESF prevê a realização da visita domiciliar como atividade de todos os profissionais, a definição construída pelos ACS buscou estabelecer um caráter distintivo, ao ressaltar que é somente como sua atribuição que a VD assume a condição de atividade diária e prioritária, estruturante do processo de trabalho.

Ainda que com certa resistência de parte da categoria, foram incluídas como atribuições dos ACS, atividades a serem **assistidas** por “profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica”. As atividades listadas nesse item provêm do campo da enfermagem: aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e orientação e apoio à administração de medicamentos. Nesse ponto, identifica-se uma correspondência quase total com o que foi posteriormente acrescentado no texto da PNAB 2017 (BRASIL, 2017a). Contudo, no PL 6437/2016 (BRASIL, 2016b), havia a ressalva de que essas atividades seriam realizadas **no domicílio**. Pretendia-se, assim, assegurar que os ACS não acumulassem as atividades dos trabalhadores de enfermagem que são realizadas predominantemente no interior das unidades.

Neste PL, foram qualificadas como **típicas** as atividades que caracterizam historicamente o perfil profissional dos ACS como um trabalhador que atua no território, realizando ações de educação em saúde voltadas para a prevenção, a atenção e a promoção.

Após a tramitação no Congresso Nacional e a realização de audiências públicas nos diversos estados, com a participação dos ACS⁹⁰, o PL foi aprovado e encaminhado para a

⁹⁰ Na audiência realizada no Estado do Rio de Janeiro, participamos como integrante da mesa expositora, representando a EPSJV/Fiocruz e apresentando críticas e contribuições ao PL 6437/2016 (PL 56/2017, no Senado), considerando também as ameaças que já vislumbrávamos na revisão da PNAB.

sanção presidencial. Nesta última fase, que antecedeu à publicação da Lei, o veto presidencial recaiu justamente sobre os pontos nos quais os ACS pretendiam se resguardar das mudanças anunciadas. É o caso do veto feito ao primeiro parágrafo do artigo 2º, que afirmava ser “essencial e obrigatória a presença de agente comunitário de saúde na estrutura de atenção básica de saúde, de agente de combate a endemias na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental”. Ao justificar o veto, alega-se que essa obrigatoriedade não é adequada “para a racionalização dos serviços prestados pelo ente público”.

Percebemos que a mesma lógica que orientou a nova PNAB orientou também os vetos à lei e a construção do PROFAGS (BRASSIL, 2018c) que, na nossa compreensão, ao induzir os ACS à formação técnica em enfermagem, busca criar as condições para que as mudanças indicadas pela PNAB 2017 se tornem realidade. Certamente, não por coincidência, tanto a Lei nº 13595 (BRASIL, 2018b) quanto a Portaria nº 83 (BRASIL, 2018c) foram publicadas em janeiro de 2018; a primeira no dia 05 e a segunda no dia 10.

Parte do movimento organizado dos ACS e os trabalhadores de enfermagem têm reagido criticamente ao PROFAGS e, até o momento de finalização da redação deste texto, vários encontros foram realizados para a construção de posicionamentos conjuntos e a definição de ações e articulações para o seu impedimento. Entretanto, o foco de atuação da CONACS, principal entidade representativa dos agentes, continuou sendo a defesa da Lei nº 13595, que teve alguns itens vetados por Michel Temer, e o reajuste do piso salarial. O entendimento explicitado pela liderança nacional da CONACS é de que a Lei tem poder normativo maior do que a PNAB, instituída por uma Portaria do Ministério da Saúde (Portaria nº 2436/2017), ainda que este último instrumento estabeleça as diretrizes nacionais de gestão da Atenção Básica, incluindo parâmetros para o financiamento, a organização dos serviços e a composição das equipes, entre outros temas fundamentais.

7.4 Os caminhos meandrosos que atravessam conjunturas, aproximam ideias e distorcem projetos

Não podemos concluir esta análise, sem lidar com um achado importante da nossa pesquisa documental. Percebemos que certas propostas contidas nos documentos que afetam a PNAB e o trabalho dos ACS repercutem ideias que já existiam, pelo menos, desde os governos Dilma Rousseff. A explicação para essa situação pode ser apresentada como decorrente do desgaste da liderança do PT na definição das políticas públicas, resultante do fortalecimento e rearranjo das forças conservadoras e do excesso de concessões feitas; ou

como expressão das contradições produzidas pela concertação arranjada para manter o PT no governo e a consequente perda de poder. Talvez, a mais difícil explicação seja admitir que a racionalidade economicista e ‘gerencialista’ se construiu também entre os quadros vinculados à defesa do SUS.

O ‘gerencialismo’ pode ser compreendido como expressão do fenômeno do transformismo no contexto da primeira quinzena dos anos 2000. O compromisso com uma transformação mais radical – a efetivação do SUS como direito universal, exclusivamente público, que atenda a todas as necessidades de saúde da classe trabalhadora, na perspectiva da construção de uma sociedade mais justa e igualitária – é substituído por uma certa resignação diante do que se entende ser impossível realizar, diminuindo a amplitude das mudanças. A agenda política se transforma num mosaico de acordos que permitam a realização de avanços parciais, num setor no qual as emergências são muito significativas e podem justificar medidas imediatistas. O problema se dá quando o imediatismo se torna rotineiro e reduz o horizonte político da gestão. Admite-se, por exemplo, que a ESF se amplie por meio de parcerias e contratos de gestão firmados com organizações sociais e outras formas de terceirização. A expansão do acesso à saúde compensaria a concessão feita ao setor privado que, num futuro mais favorável, poderia ser revertida. Uma agenda progressista busca viabilidade pela associação inicialmente provisória com interesses do capital, na linha de uma reforma gradual. Entretanto, a realidade tem mostrado que acaba se perdendo de vista o projeto que se pretendia instituir ou este vai se transformando em outro, se descaracterizando.

Esse pensamento transita desde a posição conciliatória que negocia com as possibilidades existentes na realidade até a ideia de que somente uma via é possível para o atingimento dos objetivos sanitários – a negociação e os arranjos de gestão. Medidas legais e administrativas são tomadas para derrubar os obstáculos que impediriam uma gestão supostamente mais eficiente, sem questionar os critérios de eficiência adotados. Tais medidas se transformam em condições imprescindíveis para uma certa eficiência e suas congêneres: a racionalização de custos e a otimização de resultados. Os objetivos da gestão ultrapassam ou se confundem com os objetivos das políticas que deveriam gerir, tornando-se uma lógica e uma prática incorporadas no modo de conceber e administrar as políticas públicas, definindo seus conteúdos, sua abrangência e suas práticas.

Com a combinação de resultados progressivos e regressivos, as questões relativas ao trabalho dos ACS foram sendo enfrentadas nessa conjuntura que ‘harmonizou’ funcionalmente, até certo ponto, conservação e mudança, como resultantes simultâneas da correlação de forças sociais, processo que expressa as marcas contraditórias das relações

sociais capitalistas. Nas linhas das disputas e das contradições, vamos lendo a realidade dos ACS, as perdas e os ganhos, os avanços e os retrocessos que foram se produzindo, por vezes, num mesmo movimento.

Cabe notar que, ainda que houvesse questionamentos em relação ao trabalho dos ACS na gestão federal anterior ao golpe, nada indicava a radicalidade das mudanças que os documentos produzidos na conjuntura atual aportam. Os ACS já estavam em foco. Isso é fato. O Ministério da Saúde havia encomendado uma pesquisa nacional sobre o perfil dos ACS “Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil”, conduzida por pesquisadores da Universidade Federal da Bahia (UFBA), cujo relatório foi publicado em 2015 (PINTO et al, 2015). No mesmo ano, a SGTES publicou um documento específico para os agentes, denominado Plano de Regularização, Qualificação do Trabalho, Educação e Valorização dos Agentes de Saúde – ACS/ACE (BRASIL, 2015c).

A pesquisa confirma o processo de desprecarização dos vínculos, mantendo, entretanto, o foco sobre a regularização das formas de contratação. Corroborava também os dados sobre o aumento da escolaridade dos ACS, entre outras informações, conforme vimos anteriormente neste texto.

O Plano de Regularização, Qualificação do Trabalho, Educação e Valorização dos Agentes de Saúde - ACS/ACE foi resultado do Grupo de Trabalho (GT) instituído pela SGTES pela Portaria nº 333 de 10 de setembro de 2014 (BRASIL, 2014b) e composto de representantes das seguintes organizações: CONASS; CONASEMS; SGTES; SAS; CONACS e CNTSS⁹¹. Note-se que os ACS estavam representados no GT por meio da CONACS e da CNTSS. O principal objetivo do GT era debater e propor soluções para a regularização do trabalho dos ACS e ACE.

O GT definiu diretrizes para a elaboração do Decreto nº 8.474, de junho de 2015 (BRASIL, 2015f) que regulamenta a assistência financeira complementar (AFC) aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a ser prestada pela União, para o cumprimento do piso salarial profissional. Esse Decreto já determina algum grau de relativização em relação à quantidade de ACS a serem contratados pelos municípios. No artigo 2º, item 2, lê-se que a quantidade de ACS passível de contratação pelos entes federados, com o auxílio da AFC da União, deveria observar os seguintes parâmetros e diretrizes:

⁹¹ Posteriormente, foi adicionado um representante da Secretaria de Vigilância à Saúde do MS.

- a) priorização da cobertura de população municipal **com alto grau de vulnerabilidade social e de risco epidemiológico**;
- b) atuação em ações básicas de saúde visando à integralidade do cuidado no território; e
- c) **integração das ações dos ACS e dos ACE**. (Grifos nossos)

Já estão presentes nesse documento duas ideias retomadas pela PNAB 2017 (BRASIL, 2017a): 1) a priorização das áreas de maior vulnerabilidade e risco epidemiológico para a contratação dos ACS; e 2) a indução à integração das ações entre ACS e ACE.

Tais ideias não são desprovidas de certa positividade. Priorizar as pessoas em piores condições, numa sociedade extremamente desigual, responde à ideia da equidade que orienta o SUS, visando à redução de desigualdades. Do mesmo modo, a integração dos ACE no processo de trabalho da Atenção Básica é uma condição importante para o fortalecimento da atuação da saúde pública nos diversos territórios. Hoje, esses trabalhadores se encontram nos territórios, mas muitas vezes não há sequer correspondência entre a divisão das áreas em que atuam e a delimitação do território para as equipes da ESF.

Entretanto, a integração que percebemos necessária é mais abrangente. O movimento de integração deveria se dar entre a vigilância e a atenção como áreas, como campos específicos de conhecimento e organização de práticas em saúde. Isto requer o desenvolvimento de estratégias, mecanismos e espaços de diálogo e planejamento conjunto de ações complementares, conjuntas e específicas, desde o processo de territorialização das áreas adscritas. O processo de trabalho precisa ser revisto e reorganizado para ambas as equipes, da vigilância e da ESF, abrangendo todos os profissionais e, não, limitando-se aos respectivos agentes. (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2008)

Na conjuntura pós-golpe, a positividade que tais ideias poderiam representar tem possibilidades muito reduzidas. A priorização das áreas de maior vulnerabilidade e risco epidemiológico, quando se associa à relativização da cobertura e à segmentação do cuidado, se justifica pela economia de recursos e beneficia a aceitação de planos “populares” de saúde, tende à focalização e à simplificação. Concorre para o desmonte do SUS, a perda de direitos e a ampliação da mercantilização da saúde. Por sua vez, a integração entre a vigilância e a atenção que se constrói pelo acréscimo e sobreposição de funções entre trabalhadores aponta para sobrecarga e redução de postos de trabalho.

Outro aspecto do Plano de Plano de Regularização, Qualificação do Trabalho, Educação e Valorização dos Agentes de Saúde (ACS/ACE) que gostaríamos de destacar é a retomada do chamado ‘Curso Introdutório’ como diretriz formativa para os ACS. O retorno do ‘Introdutório’, pouco mais de dez anos após a publicação do Referencial Curricular para o

Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, seria a sedimentação do retrocesso em relação à perspectiva da qualificação profissional desses agentes. Quando se imaginava que este era um cenário ruim, a publicação do PROFAGS representa algo ainda pior.

O PROFAGS, ao apontar para uma formação técnica torna-se menos permeável à crítica. Não se trata, como o ‘Introdutório’, de uma proposta não-profissionalizante. Ele carrega um certo apelo sedutor ao instituir a promoção, com financiamento de recursos da União, da formação profissional de milhares de trabalhadores da saúde que têm uma trajetória de baixa valorização e limitadas opções de trabalho. As suposições são várias; nos deteremos em três delas. O ACS, cujo trabalho se restringe ao SUS, ao tornar-se técnico de enfermagem, supostamente teria os seus horizontes profissionais ampliados. As Escolas Técnicas do SUS poderiam se beneficiar com o aporte de recursos durante a sua execução. A categoria de enfermagem poderia se fortalecer ao receber em seus quadros cerca de 250 mil trabalhadores. Para perceber a armadilha que se monta para a categoria dos ACS e, simultaneamente, para os ACE e os próprios técnicos de enfermagem, é preciso fazer um percurso crítico mais abrangente que não se iluda com um eventual ganho que a análise da realidade não demonstra ser factível.

O Lançamento do Edital de Credenciamento (BRASIL, 2018f) de “empresas” para a realização do PROFAGS em fevereiro de 2018 explicita as diretrizes que orientam o programa e quais interesses parecem estar contemplados, ou preteridos, nas condições estabelecidas para a realização dessa formação.

O objeto do edital já é bastante revelador:

Contratação de instituições de ensino públicas e privadas, para o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – PROFAGS, visando ofertar curso de formação técnica em enfermagem, na modalidade presencial ou semipresencial, para os Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combate às Endemias – ACE, conforme especificações do Projeto Básico. (BRASIL, 2018f, p. 1)

Ao incluir, sem distinção, as instituições de ensino públicas e privadas como possíveis contratadas para “ofertar cursos” do PROFAGS, o edital põe por terra a ideia de que as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS)⁹² pudessem ser, ao menos, priorizadas nesse processo. O uso da expressão “ofertar cursos” explicita a relação que o MS pretende estabelecer com as escolas ou ‘empresas’ de ensino: resume-se à compra de cursos. Não há a perspectiva de

⁹² As Escolas Técnicas e os Centros Formadores do SUS são instituições públicas de ensino que integram a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) e atuam na educação profissional dos trabalhadores técnicos da saúde, com forte participação do ensino em serviço. São ligadas às secretarias de saúde, de educação e de ciência e tecnologia, dos estados, distrito federal e de alguns municípios, das várias regiões do país.

desenvolvimento de outro tipo de resultado que contribua para a qualificação das escolas, dos docentes ou o desenvolvimento de propostas e metodologias pedagógicas.

A comparação com o PROFAE, realizado entre 2000 e 2007, é um bom caminho para a elucidação dos retrocessos contidos no PROFAGS.

O total de recursos destinados ao PROFAE foi da ordem de US\$ 370 milhões⁹³. Convertidos em reais, hoje, esse valor corresponderia a aproximadamente R\$ 1,25 bilhão, mesmo valor que tem sido anunciado como destinado ao PROFAGS. Outra semelhança entre os dois é o financiamento contemplar instituições públicas e privadas. Entretanto, há um fator importante que os diferencia muito: o PROFAE continha um componente específico destinado ao investimento na infraestrutura das ETSUS, na provisão de equipamentos para essas escolas e na formação docente. Esse componente o aproximava da perspectiva de uma política pública de fomento das instâncias formativas do SUS, tanto para o desenvolvimento de condições materiais quanto pedagógicas.

Uma crítica importante feita ao PROFAE consiste no fato de este ter se restringido a uma única categoria – a de enfermagem – quando havia um universo bem mais amplo de trabalhadores que precisavam de qualificação. Entretanto, ele teve o mérito de ter sido construído a partir da compreensão de uma questão socialmente muito relevante: havia uma categoria numerosa e extremamente importante para o processo de cuidado em saúde com pessoas que estavam trabalhando sem a devida formação. A profissionalização do pessoal de enfermagem era uma necessidade reconhecida e pautada pela própria categoria.

No caso do PROFAGS, a formação em enfermagem não era uma demanda do movimento dos ACS, nem dos ACE; os recursos se destinam basicamente para ‘pagar’ curso e o programa não prevê investimentos para fortalecer a estrutura pública de formação dos trabalhadores técnicos. Tratando a educação como uma mercadoria, favorece, às custas do dinheiro público, a expansão do setor privado no campo da formação técnica em saúde no qual ele já é preponderante.

Diante de um quadro em que as vagas para a formação técnica em saúde se concentram no setor privado e as vagas de trabalho para auxiliares e técnicos se concentram no SUS, o Ministério da Saúde toma medidas que reforçam essa situação. (VIEIRA et al, 2013). Tais medidas representam uma regressão, se confrontadas com o movimento anterior do próprio Ministério que lançou o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) em 2009, pela Portaria nº 3.189 de 2009 (BRASIL, 2009a). Este

⁹³ Os recursos do PROFAE são oriundos de empréstimos contraídos junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Tesouro Nacional.

programa abrangeu um grupo diversificado de trabalhadores, de diversas áreas, a serem qualificados. Os cursos pretendidos eram: Técnico em Radiologia, Técnico em Biodiagnóstico (Habilitação em Patologia Clínica, Citotécnico e Hemoterapia), Técnico em Manutenção de Equipamentos, Técnico em Higiene Dental – THD/ Auxiliar de Consultório Dentário-ACD, Técnico em Prótese Dentária, Agente Comunitário de Saúde (Formação Inicial), Técnico em Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária e Técnico de Enfermagem (Especialização Técnica de Cuidadores para pessoas idosas e Especialização Técnica para Assistência de Enfermagem em Diálise).

Foi no âmbito do PROFAPS que se desenvolveu o Referencial Curricular do Curso Técnico de Vigilância em Saúde publicado em 2011, visando instituir um processo formativo que contribuísse para a integração das diversas frentes que hoje compõem a vigilância em saúde: sanitária, epidemiológica e ambiental. Desconsiderando este Referencial e o Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, o PROFAPS tem um claro potencial de impor barreiras contra dois projetos de formação cuja construção o próprio Ministério da Saúde promoveu.

Em relação à necessidade e aos possíveis efeitos de uma formação em enfermagem em larga escala, algumas questões não podem ser preteridas. O mercado de trabalho em saúde foi avaliado para se concluir pela necessidade da formação de técnicos de enfermagem em grande escala? Como está a oferta e a distribuição de vagas do curso técnico em enfermagem no Brasil atualmente? Na organização do cuidado e no processo de atenção à saúde que necessidades de formação existem hoje, assumindo como parâmetros de avaliação e análise os princípios da universalidade e da integralidade e a compreensão ampliada do processo saúde-doença?

Qualquer perspectiva de ‘empregabilidade’ que os agentes suponham haver ou que alguém insinue em relação à proposta do PROFAPS, para se sustentar, precisa passar por essa sabatina.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem já integram as equipes de saúde da família, mas ao se agregarem as práticas da enfermagem ao trabalho do ACS, o que prevemos é a ampliação da presença dessas práticas no território, em detrimento das atividades hoje realizadas pelos agentes. Elas entrarão em competição pelo seu tempo de trabalho, num contexto em que o agente já está premido pelas exigências de uma rotina fortemente dirigida pelas metas preestabelecidas dos programas de saúde que afetam, como vimos no trabalho de campo, a qualidade das visitas domiciliares. Restringe-se o tempo para a interação com as pessoas, para a escuta, para a percepção de sutilezas.

Para que a Atenção Básica, como a conhecemos hoje e como a projetamos no futuro, mantenha-se como base de expansão e consolidação de uma rede integrada de atenção à saúde, é preciso que seja feita a leitura dessas e das demais modificações que têm sido produzidas intensamente desde a aprovação da PNAB 2017. O próprio Ministro da Saúde, Ricardo Barros, quando se refere ao PROFAGS, diz:

Nós estamos qualificando a ação, iremos levar atendimento primários aos pacientes, isso resultará no sentido de evitar que as pessoas utilizem outros atendimentos mais complexos, e conseqüentemente, trará economia de recursos, já que os custos da Atenção Básica são menores do que o de outros atendimentos. (BRASIL, 2018g)

“Atendimento primário” e “pacientes” são termos que remetem a outra lógica que não condiz com a perspectiva da atenção à saúde que se pretende viabilizar, ou se pretendia até pouco tempo, com a Estratégia Saúde da Família e o trabalho do ACS no SUS. O entendimento da Atenção Básica, como um “atendimento” menos complexo do que outros serviços, remete à incorporação de equipamentos e insumos como o indicador de complexidade, em detrimento de saberes e práticas de caráter relacional, tomados como menos complexos. Ora, o trabalho do ACS estrutura-se principalmente a partir do desenvolvimento de práticas de educação em saúde, baseado nos saberes e nos processos intersubjetivos e relacionais. Ao desqualificar as práticas educativas, de construção de vínculos, de humanização do cuidado e da clínica ampliada, valorizando a apropriação de técnicas segmentadas do ‘atendimento’ de enfermagem, reduz-se o foco da resolutividade que se pretende promover.

Portanto, o propósito do PROFAGS de “contribuir para a ampliação do escopo de práticas na Atenção Básica” pode ser traduzido justamente como o seu oposto. Produz-se uma redução, na medida em que se afasta de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença e seus múltiplos condicionantes (biológicos, psicológicos, culturais, socioeconômicos) para a qual o trabalho de educação em saúde é fundamental e os objetivos da atenção à saúde superam a resolução de sinais e sintomas e o restabelecimento das condições físicas da classe trabalhadora para o trabalho. Uma perspectiva mais larga e complexa é substituída por um enfoque predominantemente biomédico baseado em procedimentos e técnicas simplificadas de “atendimento primário” que, para ser menos custoso, num ambiente em que o trabalhador é o principal sujeito das ações, precisa explorar esse ‘recurso’ do modo economicamente mais eficiente, aumentando o seu escopo de práticas numa ampliação de conotação quantitativa. Completa-se, assim, a compreensão do significado de resolutividade que tem disputado o sentido do trabalho dos ACS hoje.

Há mais o que dizer sobre o PROFAGS do que é possível tratar nos limites desta tese. Entretanto, nos permitiremos mais uma observação. No edital de convocação das empresas para cadastro, especifica-se que a realização dos cursos deverá se dar, preferencialmente, fora do horário de trabalho dos agentes, contrariando a posição dos ACS de que sua formação profissional se dê durante a jornada de trabalho. Uma vez que, na seleção para o trabalho não se estabelece nenhum pré-requisito formativo, ou se entende que esta é uma atividade genérica que pode ser desempenhada sem formação específica ou se espera que essa formação vá se realizar após o ingresso no SUS. Conceber que, para ser formado, o agente deverá subtrair tempo do seu horário de descanso faz parecer que o trabalhador está sendo penalizado por uma condição que a própria política de saúde instituiu.

Essa questão se estende também para o estágio obrigatório. Se a preferência é que o curso seja noturno e as unidades de Saúde da Família abrem predominantemente durante o dia, como é que essas unidades poderão ser campo de estágio? À noite, que serviços de saúde estão funcionando? Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais de emergência seriam o campo de estágio possível? Esses não são serviços de Atenção Primária, mas são campos de atuação da enfermagem.

Pode-se pensar, como um exercício de dedução e correlação entre os fatos, que os agentes estariam sendo formados para trabalhar nos ambulatórios de pronto-atendimento dos planos populares de saúde que parecem estar sendo preparados para disputar um novo nicho de mercado da saúde: a Atenção Básica. Ou, se estaria construindo um trabalhador polivalente, como já indicamos, com atuação ‘otimizada’ no sentido da redução de custos e do aumento da efetividade, orientada por critérios estritamente tecnicistas, que excluem as dimensões sociais e políticas da relação custo-efetividade.

Em vez da **ampliação** do escopo de práticas e do aumento da resolutividade como anunciado pelos novos documentos da política (PNAB, PROFAGS), reiteramos que estariam sendo construídas as bases para o enxugamento de postos de trabalho e, acrescentamos, para a **redução** do escopo de práticas. A redução mencionada aqui tem um caráter qualitativo, mais próximo da ideia de restrição. Ainda que o ACS seja capacitado para realizar **mais** atividades e exercer funções dos técnicos de enfermagem, a redução é relativa à **limitação** que a predominância da racionalidade biomédica associada à perspectiva da seletividade e à lógica do mercado produzem sobre o processo de trabalho em saúde. O foco da atenção tende a diminuir e, portanto, as práticas a serem realizadas e valorizadas também. Passam a prevalecer procedimentos clínicos simplificados que resolvam as emergências, possibilitem o acompanhamento de sinais e sintomas e sejam facilmente quantificáveis para fins de

monitoramento e avaliação. Ficariam preteridas ou excluídas desse escopo as atividades de educação e promoção da saúde ligadas justamente às dimensões sociais e políticas do processo saúde-doença.

Outra limitação é quanto ao alcance da atenção prestada, a quem ela é dirigida. Afinal, não se trataria mais da Atenção Básica pública e universal, frente de expansão do SUS e de realização dos direitos à saúde, mas do atendimento primário àqueles que não terão capacidade de ser incorporados à oferta privada de serviços populares de saúde, restando-lhe o SUS, ou melhor, o que ainda houver do SUS, num sistema que se anuncia ainda mais segmentado. A seletividade se completa com a focalização: pacote restrito de procedimentos simplificados para determinados grupos sociais, aqueles que vivem sob condições de maior risco e vulnerabilidade, como citado na PNAB 2017.

CONCLUSÃO

Ao concluirmos este estudo, retornamos ao ponto do qual partimos para a pesquisa. Revisitamos nossa hipótese, segundo a qual, o processo de desprecarização do trabalho dos ACS, ao se restringir aos problemas relativos às formas de contratação, não resolve o processo de precarização social do seu trabalho, uma vez que os vínculos precários constituem somente uma de suas dimensões. A questão dos vínculos corresponderia a uma contradição secundária cuja solução depende do desenrolar da contradição principal. Esta consistiria no fato de a precarização do trabalho de frações da classe trabalhadora que atuam no setor saúde, associada à seletividade e à focalização da atenção, ser condição que viabiliza a ampliação do acesso aos serviços para uma fração significativa dessa mesma classe.

Em nosso ponto de chegada, o real pensado, compreendemos os movimentos principais que caracterizam a permanência da precarização e as suas expressões nas dimensões relacionais e subjetivas do ACS como ‘homem-que-trabalha’. Os dois caminhos principais de análise, o estudo dos documentos legislativos-normativos e a reflexão sobre os dados de observação e sobre as entrevistas com os sujeitos da pesquisa, ofereceram achados que se complementam, caracterizando uma dinâmica complexa, com aspectos históricos e mecanismos mais recentes em curso, que apontam para uma crescente fragilidade do trabalho do ACS na Estratégia Saúde da Família.

A análise dos dados produzidos na pesquisa permitiu-nos perceber que o trabalho do ACS tem se transformado no plano normativo, do trabalho prescrito, e na prática, no plano do trabalho real. Concluimos que há um sentido nas mudanças que vêm progressivamente alterando o escopo de atribuições e práticas do ACS, que está relacionado com modificações nas concepções hegemônicas sobre o modelo de atenção e os princípios do SUS, incorporadas principalmente entre os gestores. Isto nos permitiu tanto confirmar a hipótese, como também apontar para processos ainda mais regressivos no conjunto das políticas públicas e na saúde em particular, a partir do golpe de 2016, mediante o estudo que procedemos sobre a nova PNAB o qual demonstra perspectivas de configuração de um SUS instrumentalizado para fins privados com a sustentação do fundo público.

Nos documentos publicados no período de estruturação e desenvolvimento do trabalho dos agentes (1991 a 2011), as alterações apontam para o esvaziamento ou a redução das atividades de caráter político e de mobilização social, a perda da centralidade das atividades educativas e a sua articulação subordinada a objetivos relativos à prevenção e ao tratamento de doenças e agravos específicos, em detrimento da perspectiva da promoção da saúde. Essas

são mudanças importantes que guardam coerência lógica com os limites impostos à atuação de um agente do Estado em relação às possibilidades de atuação pela transformação do *status quo*.

No período seguinte (2016-2018), as alterações produzidas nos documentos mais recentes, com destaque para a PNAB 2017, revelam inflexões que convergem para uma descaracterização mais abrangente e profunda do trabalho dos agentes. Os efeitos previsíveis, a curto prazo, são a mudança no escopo de práticas, a sobreposição de atividades com os ACE e os técnicos de enfermagem, a sobrecarga, o risco de redução de postos de trabalho e de mudança do *locus* preferencial de atuação dos agentes, diminuindo a presença do ACS no território e na própria ESF.

Essas alterações não afetam somente o ACS. Particularmente sensível às inflexões implementadas pela nova PNAB, o trabalho dos ACS é um importante indicador das disputas que se colocam no campo da APS, no que tange a sua organização, o seu desenvolvimento e gestão, incluindo a definição do escopo e da abrangência dos serviços e ações. As modificações feitas na PNAB 2017 somadas à proposta de formação técnica em enfermagem (PROFAGS), lançada pelo Ministério da Saúde, não somente reconfiguram o trabalho dos ACS, mas compõem um quadro complexo de mudanças na organização dos serviços, das ações e do processo de trabalho na Atenção Básica que afetam o direito à saúde, comprometendo os princípios da universalidade e da integralidade. Compreendemos, assim, que está se instituindo um ‘novo’ direcionamento para o modelo de atenção, cujos efeitos tendem a repercutir em todo o sistema público de saúde.

A transformação dos ACS em trabalhadores cuja importância é conferida pela realização de procedimentos específicos de enfermagem, de baixa complexidade prática e técnica, corresponde a uma determinada concepção sobre efetividade, mais precisamente sobre custo-efetividade. Segundo essa concepção, a resolutividade se resume ao controle e manejo de sintomas, sinais e certas condições físicas decorrentes de doenças infectocontagiosas e crônico degenerativas. Sob essa perspectiva, as ações de prevenção são preservadas, ainda que restritas a aspectos biológicos, fisiológicos e do meio ambiente físico/‘natural’. Entretanto, a promoção da saúde e a superação dos determinantes sociais das condições de vida e das desigualdades que os sustentam não têm lugar nessa lógica simplificada sobre o processo saúde-doença.

Na análise das entrevistas, os relatos dos ACS convergem para a caracterização de um quadro de crescente perda de autonomia, instrumentalização e fragmentação do trabalho. Tais características têm se aprofundado a partir da introdução, no campo da saúde pública, de

formas de gestão dos serviços conhecidas como ‘gerencialistas’. Adotada na Atenção Básica, a racionalidade gerencialista se traduz principalmente em práticas pré-definidas, mecanismos e instrumentos de registro e produção de informação quantificáveis. São estabelecidas metas a serem alcançadas cuja apuração revela a produtividade dos trabalhadores e das unidades, que podem resultar em ganhos diferenciados entre eles. Implicam maior controle do trabalho e ampliam a dependência dos trabalhadores em relação às determinações prévias, que, apesar de definidas em processos de gestão da AB, estes não incorporam a participação dos trabalhadores, nem são sensíveis às particularidades das realidades locais.

Como resultado do predomínio da lógica gerencialista na AB, certas atividades, antes centrais no trabalho do ACS, como as atividades educativas, que apresentam mais dificuldade para serem quantificadas e incorporadas como indicadores da avaliação, tendem a desaparecer ou a permanecer modificadas. Isso já se percebe no aligeiramento e na condução prescritiva das VD. Outra possibilidade é a sua preservação por meio da resistência dos ACS, o que tem se verificado, porém, com um custo pessoal que implica a extensão do horário e a intensificação do trabalho, com aumento de desgaste de energia física e emocional.

A intensificação está relacionada ao esforço do ACS para dar conta das atividades que lhe são cobradas pelos serviços, sem deixar de realizar aquilo que historicamente se associou ao seu trabalho, o que revela um sentido cumulativo. Além disso, o tempo já premido pelas atividades determinadas pelos programas de saúde precisa incluir também a realização do que o trabalhador considera importante, do que lhe oferece maior satisfação e também do que a comunidade demanda e valoriza.

O sofrimento vivido pelos ACS está bastante relacionado com o sofrimento dos usuários, ou como prefere chamar a ACS de Recife, dos ‘comunitários’. Deriva principalmente das dificuldades encontradas pelo agente para realizar o seu trabalho da maneira que considera mais adequada e relevante para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas; necessidades que o serviço deveria suprir. Isso não é simples. Há divergências entre os ACS, os serviços e outros profissionais das equipes de saúde da família, nas quais percebemos a posição do agente mais próxima de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, abrangendo a sua determinação social, ao mesmo tempo em que é sensível e valoriza aspectos relacionais e subjetivos das pessoas que atende. A importância da presença dos ACS no território e da sua capacidade de identificar e acolher situações de sofrimento e carências de saúde é notável.

A não valorização dessas habilidades e do conhecimento que lhes dá sustentação e a sua apropriação para finalidades contrárias ao objetivo principal do trabalho do ACS, qual

seja, viabilizar o acesso das pessoas à atenção à saúde, integram um vetor importante de estranhamento, sofrimento e desefetivação, a partir do trabalho. Isso explica boa parte da polêmica em torno do acolhimento transformado em ‘anteparo’ para os comunitários e ‘proteção’ para os serviços, deixando o agente numa situação contraditória e extremamente incômoda, com efeitos para a legitimidade do seu trabalho e o valor que o trabalhador e a comunidade lhe conferem.

A legitimidade e o valor do trabalho do ACS são testados diariamente frente às diversas demandas que lhe são apresentadas ou que o próprio ACS qualifica como tal, a partir das condições que observa e analisa no território em que atua. Isso e o fato de o ACS ser um trabalhador que reside onde trabalha contribuem para a sobrecarga referida por vários dos entrevistados. Essa sobrecarga tem caráter emocional pelo contato com as dificuldades e as ‘não-repostas’ dos serviços aos problemas das pessoas, mas também corresponde a um desgaste físico, dadas as condições adversas e de desproteção nas quais o ACS realiza o seu trabalho no território.

O fenômeno do estranhamento no trabalho do ACS pode ser percebido em relação às várias atividades que os ACS realizam, sem que as reconheçam como suas atribuições. No âmbito das unidades, essas atividades apresentam um caráter auxiliar em relação ao processo de trabalho de outros profissionais das equipes, ou são praticadas em substituição a um trabalhador ausente. Ampliam o fenômeno da polivalência do ACS, caracterizado pela sua convocação para as mais diferentes tarefas, que se apresentam como parte do cotidiano, ou em situações extraordinárias, dos serviços de saúde e de outras políticas.

O grau de simplificação das ações e sua falta de sentido para o agente comunitário indicam o caráter utilitário que prevalece na sua proposição. Ainda que sejam necessárias para os serviços, essas ações estranhadas reforçam a inserção subordinada do ACS nas equipes e a subalternidade do seu trabalho. Justamente por serem percebidas como necessidades, acabam por disfarçar a pouca importância que lhes é atribuída e o fato de que acarretam desprestígio para quem as realiza. Configura-se, assim, um processo que subtrai satisfação e aumenta o sofrimento gerado no trabalho, ao mesmo tempo em que contribui para a captura (sempre parcial) de sua subjetividade.

A ausência de formação profissional do ACS contribui para que ele seja mais suscetível que os demais profissionais, até mesmo os demais técnicos da AB, às inflexões dos serviços e da gestão para o acréscimo de novas e variadas atividades ao seu rol de atribuições. Diferentemente de outras categorias, como os técnicos de enfermagem, os ACS não dispõem do aparato protetor que delimita o seu trabalho. A sua regulamentação profissional avançou

no campo legislativo, como resultado da atuação sindical da categoria, entretanto, não se fez acompanhar da implantação de uma formação profissional específica. A não realização da formação técnica dos agentes, conforme as diretrizes publicadas desde 2004, cria uma lacuna em sua profissionalização que abre espaço para as mais diversas propostas de atividades, que variam de acordo com questões mais ou menos conjunturais que ganham relevância no cenário da saúde, como as arboviroses.

As atribuições arbitrariamente ‘acrescentadas’ geralmente são aquelas que o agente não reconhece como suas, contribuindo para a naturalização dessa ‘polivalência’ e para a produção de estranhamento. A qualificação restrita e realizada predominantemente em serviço, propicia que o serviço influencie duplamente a definição do escopo de práticas do ACS. Ao fazê-lo, a instituição de saúde reforça ainda mais os limites colocados para a sua condição de profissional da saúde e reproduz o perfil social que foi vinculado a esse trabalhador.

O fenômeno do estranhamento no trabalho do agente comunitário de saúde e os seus desdobramentos no campo subjetivo tem bases ainda mais abrangentes. Como chave para a sua análise, propusemos a ideia de que este fenômeno está diretamente relacionado à sua condição de trabalhador público, inserido numa política social cujo objetivo seria ampliar o atendimento do direito à saúde. O estranhamento está associado à quebra da ‘promessa’ integradora, universalizante dos direitos sociais, contida no texto constitucional, ao menos no que se refere à saúde. Constrói-se na reprodução da contradição entre o grau de desenvolvimento quantitativo e qualitativo das forças produtivas e o decréscimo progressivo das possibilidades de satisfação das necessidades de desenvolvimento do ser genérico do homem. No âmbito das políticas sociais, essa contradição implica o descompasso entre a expansão do domínio técnico socialmente produzido, representado pelos bens e serviços que a nossa sociedade é capaz de construir, e a capacidade de respondermos socialmente às necessidades humanas, compreendidas como direitos conquistados pela classe trabalhadora.

A ideia da mediação enviesada compreende as situações nas quais o trabalho do ACS é reiteradamente colocado diante dos limites postos pelas contradições engendradas nas políticas sociais desenvolvidas no âmbito das sociedades capitalistas. Ela está relacionada tanto com as situações de recusa ao atendimento das necessidades de saúde das pessoas, como com as inversões feitas nos objetivos do trabalho do ACS, como no caso do acolhimento/anteparo. Faz parte da arquitetura do estranhamento e da captura da subjetividade, cuja expressão mais grave é a apropriação do trabalho do agente para a perpetuação das condições de iniquidade e desassistência da classe trabalhadora.

Conformam-se assim os elementos fundamentais para a dinâmica da precarização do homem-que-trabalha, no caso dos homens e das mulheres ACS.

O ACS e seu trabalho são expressão do desenvolvimento contraditório do direito à saúde no Brasil, já o dissemos. No contexto político posterior ao golpe político de 2016, essas contradições têm se aprofundado. Presenciamos a execução de estratégias na direção da privatização de setores que sobreviveram, inteiramente ou em parte, às primeiras ondas privatizantes. A Atenção Básica é ‘descoberta’ pelo mercado como um nicho lucrativo e importante para conter as perdas e equilibrar economicamente os planos de saúde que se concentraram, até então, no atendimento hospitalar, ambulatorial especializado e no diagnóstico.

Para viabilizar o projeto de ampliação da atuação privada na Atenção Básica, é fundamental que se constitua um mercado de consumidores que se formaria pela liberação de seus vínculos com o SUS. Hoje, a AB é a principal frente de expansão do SUS que busca oferecer uma atenção continuada. Fragmentá-la e enfraquecê-la é condição para que frações da classe trabalhadora com algum poder aquisitivo migrem para o setor privado que se tornaria ainda mais estratificado com a criação dos planos ‘populares’, pacotes simplificados de assistência à saúde. A segmentação da oferta pública, por meio da criação de padrões diferenciados e simplificados de serviços, é um dos meios para viabilizar a ‘liberação’ de clientela para o setor privado, produzida pela evasão do setor público.

Em decorrência da EC nº 95/2016 e dos dispositivos que se seguiram à sua aprovação, as restrições orçamentárias vão minando os recursos que sustentaram, até hoje, a trajetória expansionista e incluyente da ESF, no sentido da sua inviabilização como porta de entrada universal, articuladora de uma rede integrada de um sistema público de saúde.

Alterar as atribuições e o escopo de práticas dos ACS num contexto como esse não é algo que possa ser dissociado dos demais componentes transformadores da Atenção Básica e do SUS. Como profissional que historicamente atua na linha de frente do sistema e sobre o qual recaem os propósitos de facilitação do acesso e ampliação de direitos, os ACS estão sempre lidando com os efeitos mais imediatos das inflexões da PNAB. Seu trabalho é um importante indicador das tendências e ênfases das políticas e do modelo de atenção, e expressa as disputas e contradições produzidas no processo de definição e implantação de suas diretrizes e orientações da prática em saúde.

O movimento do real apreendido pela pesquisa revela a modificação, ou a atualização da contradição principal analisada nesse estudo. Como dito inicialmente, compreendemos a precarização do trabalho do ACS como uma das condições que viabilizaram a ampliação do

acesso à saúde principalmente na década de 1990 e início dos anos 2000. A precarização não se instituiu em razão de uma suposta necessidade relativa aos predicados requeridos aos ACS, ou como um problema, um efeito colateral da implantação da ESF naquela conjuntura e, portanto, como um problema cuja solução se viabilizaria mais adiante. Na verdade, a precarização do trabalho e a ampliação do direito integram, contraditoriamente, o mesmo processo. A subtração de direitos a frações da classe trabalhadora permitiu o aumento relativo do direito à saúde de frações dessa mesma classe, constituindo a contradição principal em relação ao fenômeno da precarização do trabalho dos ACS.

No presente, diante do incremento das políticas contrárias aos interesses da classe trabalhadora, não se percebe mais qualquer compromisso público com o direito à saúde. É como se o polo positivo da contradição, representado pela ampliação do direito, se enfraquecesse ou fosse praticamente neutralizado pelo fortalecimento do seu oposto. O que se apresenta no horizonte é a ampliação da oferta privada de atenção à saúde, aprofundando a sua mercantilização e a redução dos direitos. E, portanto, a tendência é de acirramento da precarização daqueles que se mantiverem no trabalho e de expansão do movimento de demissão já em curso, tanto dos ACS, como de outros trabalhadores da ESF.

Nesse horizonte, o ACS se tornaria dispensável, pois não haveria acesso a ser promovido; ou suas funções acabariam muito limitadas ao que restasse de público na AB. Não haveria direito a ser ampliado, porque o que há hoje seria expropriado, apropriado privadamente e colocado ao consumo via mercado, renovando a espoliação capitalista sobre a saúde. O risco que tem se apresentado para os ACS agora potencializa qualquer efeito, tanto das dimensões mais objetivas quanto subjetivas da precarização do seu trabalho, pois coloca em questão a sua permanência como trabalhador da saúde. A sobreposição de práticas com os ACE e os técnicos de enfermagem propicia, a médio prazo, a extinção de suas funções específicas na AB.

É esse horizonte que precisamos desconstruir. O conjunto de problemas que se apresentam para a categoria dos ACS nunca esteve tão próximo dos problemas fundamentais que colocam em perigo o que conseguimos instituir no campo da saúde por meio do SUS. A realidade é complexa e, no momento, a correlação de forças está muito desfavorável para quem defende a sua transformação em favor dos interesses da classe trabalhadora.

Entretanto, justamente por ser complexa, há também aspectos positivos que precisam ser lembrados. Os próprios agentes, em meio à crescente heteronomia e apropriação de suas práticas numa perspectiva instrumental e reduzida da clínica, encontram meios de resistência. As ações que desempenham, por conta própria, em atenção às demandas das pessoas das

comunidades, têm revelado uma sintonia com a compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade da intersetorialidade entre as várias políticas sociais e seus respectivos serviços. São afirmações do conhecimento que esses trabalhadores têm desenvolvido em suas práticas e nos encontros com os usuários e com outros profissionais que partilham do mesmo compromisso ético-político. Cabe-nos revelar os sentidos afirmativos desse trabalho e contribuir para a construção de oportunidades nas quais esses encontros se multipliquem e alcancem o plano do coletivo, das pautas comuns.

Exercitando o pessimismo da razão e o otimismo da vontade, tal como nos ensinou o filósofo da *práxis*, Antonio Gramsci, pensamos que é urgente recuperarmos, ao menos, o ponto em que estávamos antes de o desmonte do SUS assumir a radicalidade e a velocidade que temos presenciado. Examinar e caracterizar as várias dimensões da precarização do trabalho é buscar contribuir para a compreensão das múltiplas determinações que constroem o trabalho precário na saúde pública, elegendo aquele que é o seu trabalhador mais ‘adiantado’ na frente de produção do direito à saúde, o Agente Comunitário de Saúde.

Talvez, para cumprir este objetivo, tenhamos evitado indagar-nos se é possível haver trabalho ‘não precarizado’ na vigência do modo de produção capitalista e das relações sociais constituídas na lógica da exploração do trabalho humano e da apropriação privada dos meios de produção e do produto do trabalho. Esta, entre todas, apresenta-se como a contradição fundamental e o maior desafio histórico. Entretanto, a tarefa do pesquisador não seria justamente esta, ocupar-se da análise do real e buscar revelar aquilo que o constitui como fenômeno social e produção humana? Com esse compromisso, o desenvolvimento dessa tese baseou-se na aposta de que, por meio do conhecimento que produzimos, seria possível alcançar novos e mais eficientes meios de crítica e, ao disponibilizá-los, contribuir para fortalecer os meios de ação coletiva da classe trabalhadora sobre o real.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Celia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ALVES, Giovanni. O Novo e Precário Mundo do Trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. *Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios da sociologia do trabalho*. 2ª edição, Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007.

_____. A condição de proletariedade na modernidade salarial – por uma analítica existencial do proletariado. *Rev. Pegada* (Ecos da IX Jornada do Trabalho), vol. 9, n. 2, p. 1-38, dez. 2008. Disponível em: <http://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/view/1672/1610> Acesso em: 15 nov. 2017

_____. *A Condição de Proletariedade: a precariedade do trabalho no capitalismo global*. Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2009.

_____. *Lukács e o Século XXI: trabalho, estranhamento e capitalismo manipulatório*. Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2010.

_____. *Trabalho e Subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.

_____. *Trabalho docente e precarização do homem-que-trabalha*. Blog da Boitempo, 2012. Disponível em: < <https://blogdaboitempo.com.br/2012/11/16/trabalho-docente-e-precariacao-do-homem-que-trabalha/> > Acesso em: 15 mar. 2017

_____. *Dimensões da Precarização do Trabalho: ensaios da sociologia de trabalho*. Bauru: Canal 6, 2013.

ALVES, Giovanni; SELEGRIN, Esdras. A condição de proletariedade: esboço de uma analítica existencial da classe do proletariado. *Mediações*, Londrina, v. 16, n. 1, p. 71-90, jan./jun. 2011. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/viewFile/9651/8489> > Acesso em: 06 mar. 2016

AMARAL, Marisa Silva e CARCANHOLO, Marcelo Dias. A superexploração do trabalho em economias periféricas dependentes. *Revista Katálys*, Florianópolis, v. 12, n. 2 p. 216-225 jul/dez 2009.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 09-23.

ANDRIOLO, José L. *A Reforma do Estado de 1995 e o contexto Brasileiro*. In: Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração Pública 30., 2006. Salvador. Resumos. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsa-0480.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

ANTUNES, Ricardo. *A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC e Lula)*. Campinas: Autores Associados, 2004.

_____. *O Caracol e sua Concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. Dimensões da Crise Estrutural do Capital. In: ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2009a, p. 31-36.

_____. As Resposta do Capital à sua Crise Estrutural. A reestruturação produtiva e suas repercussões no processo de trabalho. In: ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2009b, p. 37-47.

_____. O Toyotimo e as Novas Formas de Acumulação de Capital. In: ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2009c, p. 49-61.

_____. *Adeus ao Trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho*. 15. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. *Estudos Avançados*. São Paulo, v. 28, n. 81, p. 39-53, 2014

APPAY, Béatrice. Précarisation sociale et restructurations productives. In: APPAY, Béatrice; Thébaud-Mony, Annie. *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris: IRESO, 1997, p. 509-553

ARAÚJO, Lídice Maria; MACHADO, Maria Helena; VITALINO, Henrique Antunes TOLOZA, Jorge Paiva Daniela Cervo de. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*. Brasília, p.155-166. v. 3, n. 1, mar. 2006.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>> Acesso em: 16 jul. 2018.

BARATA-MOURA, José. Dialéctica e contradição. In: BARATA-MOURA, José. *Totalidade e Contradição. Acerca da Dialéctica*. 2ª. ed. Lisboa: Avante, 2012, p 301-423.

BARBIER, Jean-Claude. A Survey of the use of the Term Précarité in French Economics and Sociology. CEE, Document de Travail, n.19, 2002. Disponível em: <http://ceet.cnam.fr/publications/documents-de-travail/documents-de-travail-2002-950562.kjsp?RH=1507626749912#body> Acesso em: 15 jul. 2018

BARBOSA, Regina Helena Simões; MENEZES, Clarissa Alves Fernandes de; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; BORNSTEIN, Vera Joana. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. *Interface*, v. 16, p. 751-778, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/v16n42a13.pdf>> Acesso em 12 mar 2016.

BARROS, Ricardo. Palestra proferida no seminário “*Novos Modelos para a Saúde*”. Realização O Globo. Museu de Arte do Rio, Rio de Janeiro, 15 ago. 2017

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos da Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos. In: MOROSINI, Márcia Valéria et al (Orgs.). *Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

BORNSTEIN, Vera Joana e STOTZ, Eduardo Navarro. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. *Trabalho Educação e Saúde*, vol.6, n.3, pp.457-480, 2008.

BORÓN, Atílio. A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Orgs.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 63-118.

BOURDIEU, Pierre. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998

BOURDIEU, Pierre. *Contrafogos2: por um movimento social europeu*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BRAGA, Ruy. Apresentação. In: OLIVEIRA, Francisco de; BRAGA, Ruy; RIZEK, Cibele (Org.). *Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira*. São Paulo: Boitempo, 2010.

BRAGA, Ruy. *A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista*. São Paulo: Boitempo, 2012.

BRAGA, Ruy. Para onde vai o precariado brasileiro? Sindicalismo e hegemonia no Brasil contemporâneo. *Revista Perseu*, n.10, Ano 7, 2013, p. 141-155.

BRASIL. Decreto Lei n. 200 de 27 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília 27 mar. 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De10200.htm>. Acesso em: 11 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 2 mai. 2016.

_____. Decreto N.94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei N. 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 09 jun. 1987, p. 8.853-8.855. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html Acesso em 16 jul. 2018

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 54. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2017.

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990. P. 25.694. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 abr. 1991. P. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/L8112cons.htm>. Acesso em: 6 jun. 2016.

_____. Tribunal Superior do Trabalho. Resolução n. 23/OE, de 17 de dezembro de 1993. Aprova o Enunciado 331 (Contrato de prestação de serviços - legalidade - revisão do enunciado nº 256) para compor a Súmula de sua jurisprudência predominante. *Diário da Justiça [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 21 dez. 1993a. Seção 1, p. 28358. Disponível em: <http://aplicacao.tst.jus.br/dspace/bitstream/handle/1939/25616/1993_res0023.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 jul. 2016.

_____. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 jun. 1993b. P. 8269. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 4 jul. 2017.

_____. Lei nº 8.745 de 09 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 dez. 1993c. Disponível em: <<http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>>. Acesso em: 9 abr. 2004.

_____. Lei nº 8.883, de 8 de junho de 1994. Altera dispositivos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 jun. 1994. P. 8285. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1994/lei-8883-8-junho-1994-372228-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 4 jul. 2017.

_____. Presidência da República. Câmara de Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado* (PDRAE). Brasília, nov. 1995a. P. 68. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/publi_04/colecao/plandi.htm> Acesso em: 11 jul. 2011.

_____. Lei Complementar nº 82 de 27 de março de 1995. Disciplina os limites das despesas com o funcionalismo público, na forma do art. 169 da Constituição Federal. (Lei Camata). *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 mar. 1995b. P. 4227. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/LCP/Lcp82.htm>. Acesso em: 11 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 nov. 1996, Seção 1, p. 22932.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886/GM de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 dez. 1997a. p. 11-13. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/Portaria%20n1886%20-%20original%2018dez1997.doc>>. Acesso em: 7 set. 2015.

_____. Decreto nº 2.271, de 7 de julho de 1997. Dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 jul. 1997b. Seção 1, p. 14.923. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1997/decreto-2271-7-julho-1997-445060-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 5 jun. 2016.

_____. Decreto nº 2.208 de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 abr. 1997c. P. 7660. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2208.htm>. Acesso em: 11 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96* - Brasília: Ministério da Saúde, 1997d. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentoqs.ufba.br/sites/desenvolvimentoqs.ufba.br/files/NOB%20-%20SUS%20%2096.pdf>> Acesso em: 16 jul. 2018

_____. Emenda Constitucional nº 19 de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 05 jun. 1998a. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/emc%2019-1998?OpenDocument>. Acesso em: 15 maio 2016.

_____. Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 maio 1998b. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%209.637-1998?OpenDocument>. Acesso em: 15 jun. 2016.

_____. Emenda constitucional nº 20 de 15 de dezembro de 1998. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 dez. 1998c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc20.htm>. Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde*. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1998d.

_____. Ministério da Saúde. Princípios básicos para a operacionalização do Saúde da Família. Brasília, 1998e. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/pacs/psf.htm>>. Acesso em: 17 dez. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3925 de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 17 nov. 1998f, p. 8. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html> Acesso em: 10 dez. 2017

_____. Decreto nº 3.189 de 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício de atividades de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 05 out. 1999a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3189-4-outubro-1999-369118-norma-pe.html>>. Acesso em: 16 set. 2015.

_____. Lei nº 9.790 de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 mar. 1999b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm>. Acesso em: 15 maio 2016.

_____. Lei nº 9.801 de 14 de junho de 1999. Dispõe sobre as normas gerais para perda de cargo público por excesso de despesa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 jun. 1999c. P. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19801.htm>. Acesso em: 15 jun. 2017.

_____. Lei Complementar nº 96 de 31 de maio de 1999. Disciplina os limites das despesas com pessoal, na forma do art. 169 da Constituição. *Diário Oficial da União*, Brasília, 01 jun. 1999d. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/1999/leicomplementar-96-31-maio-1999-372925-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

_____. Lei nº 9.849, de 26 de outubro de 1999. Altera os arts. 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 9º da Lei n. 8745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília 27 out. 1999e. Seção 1 - Edição Extra -, p. 4.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9849.htm>. Acesso em: 11 jun. 2017.

_____. Lei Complementar nº 101 de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. (Lei de Responsabilidade Fiscal). *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 maio 2000a. P. 1. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lcp%20101-2000?OpenDocument>. Acesso em: 14 jun. 2016.

_____. Medida Provisória nº 1.970 de 01 de junho de 2000. Institui, no âmbito do Poder Executivo da União, o Programa de Desligamento Voluntário - PDV, a jornada de trabalho reduzida com remuneração proporcional e a licença sem remuneração com pagamento de incentivo em pecúnia, destinados ao servidor da administração pública direta, autárquica e fundacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2 jun. 2000b. P. 1. Disponível em: <<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:medida.provisoria:2000-06-01;1970-11>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

Lei nº 9.962 de 22 de fevereiro de 2000. Disciplina o regime de emprego público do pessoal da Administração federal direta, autárquica e fundacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 jan. 2000c. P. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9962.htm>. Acesso em: 12 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000e. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf. Acessado em: 15 de outubro de 2015.

_____. 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, 2002a. P.1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10507.htm>. Acesso em: 25 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Modalidade de contratação de Agentes Comunitários de Saúde: um pacto tripartite*. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Portaria GM/MS no. 44, de 3 de janeiro de 2002. Define as atribuições do ACS na prevenção e no controle da dengue e malária. Brasília, 2002c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0044_03_01_2002.html Acesso em: 05 mar. 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Manual técnico para o controle da tuberculose*. ed. 6. Brasília: Ministério da saúde, v. v. 148, 2002. 70 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_controle_tuberculose_cab6.pdf>
Acesso em: 17 fev. 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Sobre a qualificação e a profissionalização dos agentes comunitários de saúde e agentes de vigilância em saúde*. Brasília, DF, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.
Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_seminario_desprecarizacao2.pdf>.
Acesso em: 11 mar. 2008.

_____. Ministério Público do Trabalho. Procuradoria Regional do Trabalho da 10ª Região. Coordenadoria da Defesa dos Interesses Individuais Homogêneos, Coletivos e Difusos. *Procedimento Investigatório 160/2003*. Brasília, DF, 3 mar. 2003c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.430/GM de 23 de dezembro de 2003. Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 dez. 2003d. Seção 1, p. 26. Disponível em:

<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2003/IELS.dez.03/Iels247/U_PT-MS-GM-2430_261203.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2016

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 4.330 de 2004. Dispõe sobre o contrato de prestação de serviço a terceiros e as relações de trabalho dele decorrentes. Aprovado em 2015 pela Câmara dos Deputados. Aguardando apreciação pelo Senado Federal. *Câmara dos Deputados*, Brasília, 26 out. 2004a. Disponível em:

<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=267841>>.
Acesso em: 10 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde. Brasília, DF, 2004b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

_____. Decreto nº 5.154 de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 26 jul. 2004c. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm>. Acesso em: 11 ago. de 2015.

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

_____. Constituição (1998). Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 fev. 2006a. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm>. Acesso em: 10 jul. 2017.

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006b. P. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 4 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c, p. 7-51. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. *Desprecariza SUS: perguntas & respostas*. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006d. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf> Acesso em: 03 de julho de 2016.

_____. Medida Provisória nº 297 de 9 de junho de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 jun. 2006e. Seção 1, p. 32.322. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2006/mediprovisoria-297-9-junho-2006-543220-norma-pe.html>>. Acesso em: 4 jul. 2016.

_____. Senado Federal. Projeto de Lei nº 270 de 2006. Regulamenta os §§ 4º e 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Senado Federal*, Brasília, 4 out. 2006f. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/79082>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. *Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006g.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.112 de 3 de março de 2008. Cria os Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*, Brasília, 04 mar. 2008, p. 38-39. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso em: 15 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. *Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica – protocolo de enfermagem*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf Acesso em: 10 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 13-99. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab> Acesso em: 20 out. 2017.

_____. Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 jun. 2014a. Seção 1, p.1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112994.htm. Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 333 de 10 de setembro de 2014. Constitui Grupo de Trabalho para propositura de diretrizes, no âmbito do Ministério da Saúde, da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, com as alterações introduzidas pela Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, para a implementação do piso salarial e formação de plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2014/prt0333_10_09_2014.html Acesso em: 17 jul. 2018

_____. Decreto nº 8.474 de 22 de junho de 2015. Regulamenta o disposto no § 1º do art. 9º-C e no § 1º do art. 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*. Brasília, 23 jun. 2015a. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%208.474-2015?OpenDocument. Acesso em: 6 jul 2016.

_____. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Políticas da Previdência Social. *Nota Técnica nº 09 de 22 de janeiro de 2015*. Ementa Regime Jurídico de Trabalho e Regime Previdenciário dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 22 de janeiro de 2015b. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/NOTA-TECNICA-09-2015.pdf> Acesso em: 6 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde. *Plano de Regularização, Qualificação do Trabalho, Educação e Valorização dos Agentes de Saúde (ACS/ACE)*. Brasília, 2015c. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/14/guia-de-regularizacao-ac-s-ace-14102015.pdf> Acesso em: 10 jul. 2016

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 243, de 25 de setembro de 2015. Dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e seu conteúdo. *Diário Oficial da União*, 28 set. 2015d. Seção 1, p. 53. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2015/prt0243_25_09_2015.html>. Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Protocolo nº 009 25 de novembro de 2015. Institui as diretrizes da Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (ANTD-SUS). Brasília, 25 nov. 2015e. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/02/protocolo-mesa009.pdf> Acesso em: 12 jul. 2016.

_____. Decreto nº 8.474 de 22 de junho de 2015. Regulamenta o disposto no § 1º do art. 9º-C e no § 1º do art. 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 jun. 2015f, p.10. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8474.htm>. Acesso em: 17 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 958 de 10 de maio de 2016. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 mai. 2016a. Seção 1, p. 83. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0958_10_05_2016.html>. Acesso em: 20 mai. 2018.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 6.437 de 8 de novembro de 2016. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atribuições das profissões do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias, ampliar o grau de formação profissional, e estabelecer as condições e tecnologias necessárias para a implantação dos cursos de aprimoramento dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Transformado na Lei Ordinária 13595/2018. *Câmara dos Deputados*, Brasília, 8 nov. 2016b. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=E8887D0A098A197FF7C0A0A108672DEF.proposicoesWebExterno2?codteor=1505914&filename=PL+6437/2016> Acesso em: 16 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. *VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica*. Documento Síntese. Brasília, 20 out. 2016c. Disponível em: < <https://blog.atencaobasica.org.br/wp->

content/uploads/2016/10/Si%CC%81ntese-VII-Fo%CC%81rum-AB.pdf>. Acesso em 30 nov. 2016.

_____. Emenda Constitucional 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 dez. 2016d, seção 1, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm Acesso em: 14 abr. 2018

_____. Ministério da Educação. Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. Brasília: Ministério da Educação, 2016f. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=41271-cnct-3-edicao-pdf&category_slug=maio-2016-pdf&Itemid=30192 Acesso em: 16 jul. 2018

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, set. 2017a. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2017.

_____. Lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, jul. 2017b, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm> Acesso em: 21 jul. 2018

_____. Ministério da Saúde. *Histórico de cobertura de municípios com equipes de saúde da família, credenciadas pelo Ministério da Saúde*. Maio de 2018a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Lei nº 13.595 de 05 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*, Brasília, 08 de janeiro de 2018b, Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13595-5-janeiro-2018-786068-publicacaooriginal-154714-pl.html>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 83 de 10 de janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. *Diário Oficial da União*, 12 jan. 2018c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/janeiro2018/dia12/portaria83.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Brasil*. Maio de 2018d. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.

Acesso em: 11 jul. 2018.

Medida Provisória nº 827, de 19 de abril de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, quanto a direitos dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*, 20 de abr. 2018e. Disponível em:

<<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7724318&disposition=inline>>

Acesso em: 11 jul. 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação Geral de Material e Patrimônio. *Edital de Credenciamento nº 01/2018*. Contratação de instituições de ensino públicas e privadas, para o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – PROFAGS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018f. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/19/Edital-acsportal.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018

_____. PORTAL MS. *Ministério da Saúde formará 250 mil agentes em técnicos de enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018g. Disponível em:

<<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42358-ministerio-da-saude-formara-250-mil-agentes-em-tecnico-em-enfermagem>> acesso em: 17 jul. 2018

CAMPOS, André G. *Breve Histórico das Mudanças na Regulação do Trabalho no Brasil*. Texto para Discussão 2024. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2015. Disponível em:

<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3513/1/td_2024.pdf> Acesso em: 18 abr. 2018

CARDOSO, Miriam Limoeiro. Sobre a teorização do capitalismo dependente em Florestan Fernandes. In: Osmar Fávero (org.), *Democracia e educação em Florestan Fernandes*. Campinas: Autores Associados; Niterói: Ed. UFF, 2005, p.20-26.

CARVALHO, Antonio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO; Lenaura de V. C.; NORONHA, José C. de; CARVALHO, Antonio Ivo (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 141-166.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social. Uma crônica do salário*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

CASTRO, Janete Lima de; ARAÚJO, Dalva; PESSOA, Maria das Graças de Amorim; BEZERRA, Osicleide; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; OLIVEIRA, Nara Jocelli Medeiros. *Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho*. Relatório de pesquisa. Observatório RH, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Natal: Universidade do Rio Grande do Norte, 2006. Disponível em:

<http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESC-RN/PSF_flexibilidade_precarizacao.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2016.

CEBES. CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio. Editorial. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 194-199, abr-jun 2014. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Editorial-Sa%C3%BAde-em-Debate-n%C2%BA101.pdf>> Acesso em: 15 jul. 2016

CHESNAIS, François. *A Mundialização do Capital*. São Paulo: Xamã, 1996.

CHINELLI, Filippina; LACERDA, Alda e VIEIRA, Monica. A Reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna V.; LOPES, Marcia Raposo. *Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011, p. 33-78.

CHINELLI, Filippina; MOROSINI, Márcia Valéria G. C. *Agentes Comunitários de Saúde: qualificação, mercado de trabalho e trajetória ocupacional*. In: Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini (Coord.); LOPES, Márcia Cavalcanti R.; CHAGAS, Daiana Crús. *Processo de Qualificação de Trabalhadores Técnicos em Saúde: a conformação de grupos profissionais*. Relatório. Observatório dos Técnicos em Saúde; Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde, 2013.

CHINELLI, FILIPPINA; VIEIRA, MONICA; MENEZES, Clarissa. Qualificação Profissional e Trajetórias Ocupacionais de Trabalhadores Técnicos em Saúde. In: Maria Inês Carsalade Martins; Ana Paula Marques; Nilson do Rosário Costa; Alice matos. (Org.). *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas*. 1ed.Minho, Portugal: Centro de Investigação em Ciências Sociais CICS, v. 1, p. 01-305, 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/M%C3%A1rciaVal%C3%A9ria/Downloads/1917-6814-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/M%C3%A1rciaVal%C3%A9ria/Downloads/1917-6814-1-PB%20(1).pdf) Acesso em: 15 jun. 2016.

CIAVATTA, Maria. *Mediações Históricas de Trabalho e Educação: gênese e disputas na formação dos trabalhadores (Rio de Janeiro, 1930-60)*. Rio de Janeiro: Lamparina, CNPq, Faperj, 2009.

_____. *La précarité*. Coll. Que sais-je? 3. Ed. Paris: PUF, 2011

COELHO, Eurelino. A Dialética na oficina do historiador: ideias arriscadas sobre algumas questões de método. *História & Luta de Classes*, v. 6, n. 9, jun. 2010, p. 7- 16. Disponível em: <<http://www.projetoham.com.br/arquivos/revistas/hlc9.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2016.

CONILL, Eleonor Minho; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 10, supl. 1, p. s14-s27, nov. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/02.pdf>> Acesso em 20 fev. 2018

COSTA Márcia da Silva. Relações de trabalho e regimes de emprego no Canadá e no Brasil – um estudo comparativo. *RAE-eletrônica*, v. 6, n. 2, Art. 16, jul/dez 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v6n2/v6n2a06.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2016

COUTINHO, Carlos Nelson. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

COUTINHO, Carlos Nelson. A hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, Francisco de; BRAGA, Ruy; RIZEK, Cibele (Org.). *Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira*. São Paulo: Boitempo, 2010, p. 29-43.

CHRISTOPHER; Jason B.; LE MAY Alex; LEWIN Simon. Thirty years after Alma-Ata: A systematic review of the impact of community health workers delivering curative interventions against malaria, pneumonia and diarrhoea on child mortality and morbidity in sub-Saharan Africa. *Human Resources for Health*. v. 27, n. 9, p. 2-11, 2011.

DAL ROSSO, Sadi. Intensidade e Imaterialidade do trabalho e saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 4 n. 1, p. 65-91, 2006.

_____. *Mais trabalho!: a intensificação do labor na sociedade contemporânea*. São Paulo: Boitempo, 2008.

DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velho desafios? *Caderno CRH*, Salvador, v. 14, n. spe. 011, p. 37-57, 2011.

DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (Org.). A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007

DRUETZ, Thomas; RIDDE, Valéry; HADDAD, Slim. The divergence between community case management of malaria and renewed calls for primary healthcare. *Critical Public Health*, v.25 n.2, p.165-177, 2015. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09581596.2014.886761>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

DURÃO, Anna V.; MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; C ARVALHO, Valéria. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna V.; LOPES, Marcia. R. *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p. 119 – 159.

EBC. Empresa Brasileira de Comunicação. Plano de saúde mais barato aliviará gasto com o SUS, diz Barros. Por Flávia Albuquerque, 08 ago, 2016. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-08/plano-de-saude-mais-barato-aliviara-gasto-com-financiamento-do-sus-diz-barros>> Acesso em: 27 out. 2017.

ENGELS, Frederich. Sobre o Papel do Trabalho na Transformação do Macaco em Homem. In: ANTUNES, Ricardo (Org.) *A dialética do Trabalho: escritos de Marx e Engels*. São Paulo: Expressão Popular, 2004, p. 13-34.

FAUSTO, Márcia e MATTA, Gustavo. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C. e CORBO, Anamaria D'Andréa (Orgs.). *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FERNANDES, F. A Sociedade escravista no Brasil. In: IANNI, Octavio (org.). *Florestan Fernandes*. São Paulo: Ed. Ática, 1986.

_____. *Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina*. 4. ed. São Paulo: Global, 2009.

FERRO, José Roberto e GRANDE, Márcia Mazzeo. Círculos de Controle de Qualidade (CCQ's) no Brasil: sobrevivendo ao modismo. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.37, n.4, p.78-88 out/dez, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v37n4/a09v37n4.pdf>> Acesso em: 28 jul. 2016.

FERTONANI, Hosana Pattrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>> Acesso em: 17 maio 2018

FLEURY, Sonia; OUVÉREY, Assis M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO; Lenaura de V. C.; NORONHA, José C. de; CARVALHO, Antonio Ivo (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 23-64.

FONSECA, Angélica F. *O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde*. 2013. 239F. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

FONSECA, Angélica F.; MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; MENDONÇA, Maria Helena M. Atenção Primária em Saúde e o Perfil Social do Trabalhador Comunitário: reflexões a partir de uma perspectiva histórica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio v. 11, p. 525-552, 2013.

FONSECA, Angélica Ferreira; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica. In: GUIZARDI, Fracini; NESPOLI Grasielle, CUNHA, Maria L; MACHADO, Felipe; LOPES, Marcia R. (Org.). *Políticas de Participação e Saúde*. 1ed. Recife: Editora Universitária-UFPE, 2014, p. 197-224

FONSECA, Angélica Ferreira; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Parcelarização e simplificação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, v. 20, p. 29-57-57, 2015

FONTES, V. A Sociedade Civil no Brasil Contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: LIMA, J.C. F.; NEVES, L. M. W (Orgs.). *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

FRANZOI, Naira Lisboa. Just-in-time. In: HOLZMANN, Lorena e CATTANI, Antonio David. Taylorismo. In: HOLZMANN, Lorena e CATTANI, Antonio David. *Dicionário de Trabalho e Tecnologia*. Porto Alegre: Zouk, 2011a, p. 235-237.

FRANZOI, Naira Lisboa. Kanban. In: HOLZMANN, Lorena e CATTANI, Antonio David. Taylorismo. In: HOLZMANN, Lorena e CATTANI, Antonio David. *Dicionário de Trabalho e Tecnologia*. Porto Alegre: Zouk, 2011b, p. 237.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Trabalho. In: PEREIRA, Isabel Brasil e LIMA, Júlio César França. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: CIAVATTA, Maria (Org.) *Gaudêncio Frigotto: um intelectual crítico nos pequenos e nos grandes embates*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012a, p.159-176.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: CIAVATTA, Maria (Org.) *Gaudêncio Frigotto: um intelectual crítico nos pequenos e nos grandes embates*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012b, p. 141-158.

GAULEJAC, Vincent. *Gestão como Doença Social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Ideias e Letras, 2007

GENNARI, Adilson Marques e ALBUQUERQUE, Cristina. Precarização do trabalho no Brasil. Mapeamento das configurações sociais, económicas e políticas e impactos nas condições de vida dos trabalhadores e famílias. In: *Actas do VII Congresso Latino-americano de Estudos do Trabalho* (ALAST). O Trabalho no Século XXI. Mudanças, impactos e perspectivas, São Paulo, 2013.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena. *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/E-Book-9-ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em 28 jul. 2016.

GIOVANELLA, Ligia; ALMEIDA, Paty F. de; ROMERO, Vega R.; OLIVEIRA, Suelen; SILVA, Herlan T. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 105, p. 300-322, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00300.pdf>> Acesso em: 03 nov. 2017

Ligia Giovanella¹, Patty Fidelis de Almeida², Román Vega Romero³, Suelen Oliveira⁴, Herland Tejerina Silva^{5*}

GIRARDI, Sabado N; CARVALHO, Cristiane Leite; MAAS, Lucas Wan Der; FARAH, Jacqueline; FREIRE, Jackson Araújo. O Trabalho Precário em Saúde: tendências e perspectivas na Estratégia Saúde da Família. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010. Disponível em:
<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/F17_O_TRABALHO_PRECARIO_EM_SAUDE_TENDENCIAS%20E%20PERSPECTIVAS.pdf> Acesso em: 12 mar. 2016

GIRARDI, Sabado N. (org.) et al. *Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família – 2014. Relatório de pesquisa*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2014. Disponível em:
<[http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Dimensionamento%20da%20estrutura%20e%20din%C3%A2mica%20do%20mercado%20de%20trabalho%20em%20AB%20em%20Sa%C3%BAde%20\(Rel%20Final\).pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Dimensionamento%20da%20estrutura%20e%20din%C3%A2mica%20do%20mercado%20de%20trabalho%20em%20AB%20em%20Sa%C3%BAde%20(Rel%20Final).pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2016

GONÇALVES, Maria da Graça M. A Psicologia como ciência do sujeito e da subjetividade: a historicidade como noção básica. In: BOCK; Ana Maria B.; GONÇALVES, Maria da Graça M.; FURTADO, Odair. *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015a.

_____. A Psicologia como ciência do sujeito e da subjetividade: o debate pós-moderno. In: BOCK; Ana Maria B.; GONÇALVES, Maria da Graça M.; FURTADO, Odair. *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015b.

GRAMSCI, Antonio. Problemas de filosofia e de história. In: _____. *Concepção Dialética da História*. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991, p. 31-63.

_____. *Cadernos do Cárcere*. Volume 4. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

_____. *Cadernos do Cárcere*. Volume 2. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004a.

_____. *Cadernos do Cárcere*. Volume 1. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004b.

_____. *Cadernos do Cárcere*. Volume 3. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

HARVEY, David. O Estado Neoliberal. In: HARVEY, David. *O neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

_____. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

_____. *O Novo Imperialismo*. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

HIRATA, Helena; PRÉTECEILLE, Edmond. Trabalho, exclusão e precarização socioeconômica: o debate das ciências sociais na França. *Caderno CRH*, Salvador, n. 37, p. 47-80, jul/dez. 2002.

HOLZMANN, Lorena e CATTANI, Antonio David. Taylorismo. In: HOLZMANN, Lorena e CATTANI, Antonio David. *Dicionário de Trabalho e Tecnologia*. Porto Alegre: Zouk, 2011, p. 382-385.

IANNI, Octavio. *Florestan Fernandes*. São Paulo: Editora Ática, 1986.

IASI, Mauro Luis. Trabalho: emancipação e estranhamento? In: LOURENÇO, Edvânia Ângela de S.; NAVARRO, Vera Lúcia; BERTANI, Iris Fenner; SILVA, José Fernando S. da; SANT'ANA Raquel Santos (org.). *O Averso do Trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo: Expressão Popular, 2010, p. 61-83.

JÚNIOR, Aluísio Gomes da Silva; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; CORBO, Anamaria D'Andrea. *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

KALLEBERG, Arne L. O Crescimento do Trabalho Precário. Um desafio global. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 24, n. 69, p. 21-30, fevereiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v24n69/02> Acesso em: 24 dez. 2015

KONDER, Leandro. *O que é dialética*. 25. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

KOSIK, Karel. *Dialética do Concreto*. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

KREIN, José Dari. A reforma trabalhista de FHC: análise de sua efetividade. *Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª Região*, Campinas, SP, n. 24, p. 270-299, jan./jun. 2004. Disponível em: <<https://hdl.handle.net/20.500.12178/106754>> Acesso em: 20 jun. 2018

LACERDA, A. M. *Redes de apoio social no sistema da dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. 2010. 201 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2010.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983, p. 133-158.

LEVCOVITZ Eduardo, LIMA Luciana D., MACHADO Cristiani V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2001; v. 6, n. 2, p. 269-291. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>> Acesso em 03 nov. 2017

LIGUORI, G. Estado e Sociedade Civil de Marx a Gramsci. *Novos Rumos*, v. 21, n. 46, 2006, p. 4-10.

LIMA, Júlio César França. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? In: PONTE, Carlos Fidelis e FALLEIROS, Ialê. *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

LIMA, Júlio C.; RAMOS, Marise N.; LOBO NETO, José da S. Regulamentação Profissional e Educacional em Saúde: da década de 1930 ao Brasil contemporâneo. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; LOPES, Márcia C. R.; CHAGAS, Daiana C.; CHINELLI, Filipinna; VIEIRA, Monica (Orgs.). *Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

LIMA, Luciana D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, n. 3, p. 573-597, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/10.pdf>> Acesso em: 16 jul. 2018

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). *Caminhos da saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 11 de jul. 2016.

LINHART, Danièle. *A Desmedida do Capital*. São Paulo: Boitempo, 2007.

LOPES, José Sergio Leite. Notas sobre a Precarização do Trabalho no Brasil. *Revista da RET. Rede de Estudos do Trabalho*, v. 5, n. 8, p. 2011. Disponível em: <<http://www.estudosdotrabalho.org/RevistaRET08.html>> Acesso em: 04 ago. 2015

LUKÁCS, G. *Estética I: la peculiaridad de lo estético*. Barcelona, México, DF: Grijalbo, 1967.

LUKÁCS, G. *História e consciência de classe: estudos sobre a dialética marxista*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

MACHADO, Cristiani V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MAGALHÃES JR Helvecio M.; PINTO Hêider A. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulg. Saúde Debate*, n. 51, p. 14-29, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>> Acesso em: 20 fev. 2018

MANCEBO, Deise. Contemporaneidade e efeitos de subjetivação. In: BOCK, Ana Mercês Bahia (org.). *Psicologia e o compromisso social*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009, v. 1, p.75-92.

_____. Dialética do desenvolvimento capitalista no Brasil. In: SADER, Emir (org.). *Dialética da Dependência: uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini*. Petrópolis: Vozes, Buenos Aires: CLACSO, 2000. p. 11-104.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1.667-1.676, jun. 2013.

MARX, Karl. Processo de Trabalho e Processo de Valorização. In: MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política*. Volume 1, tomo 1. São Paulo: Editora Abril, 1983, p. 149-163.

_____. *O Capital: crítica da economia política*. Volume 1, tomo 2. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

_____. Salário, Preço e Lucro. In: ANTUNES, Ricardo (Org.) *A dialética do Trabalho: escritos de Marx e Engels*. São Paulo: Expressão Popular, 2004, p. 71-123.

_____. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. Manifesto do Partido Comunista. In: REIS FILHO, Daniel Aarão (Org.) *O Manifesto Comunista 150 Anos Depois*. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1998.

_____. A Ideologia Alemã. In: A Ideologia Alemã, 1º capítulo: seguido das Teses sobre

MATTA, Gustavo Corrêa. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho, Educação e Saúde* (Online), Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p. 371-396, 2005.

MATTOS, Ruben. O incentivo ao PSF e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5 p. 1411-1416, set-out, 2004

MATTOS, Marcelo B. A classe trabalhadora no Brasil de hoje. In: FALLEIROS, Ialê Braga; VELASQUEZ, Muza Clara Chaves; MOROSINI, Márcia Valéria et al. *O Trabalho no Mundo Contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2016, p. 57-92.

MAZZEO, Antonio Carlos. *Estado e Burguesia no Brasil: origens da autocracia brasileira*. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

MEDEIROS, Kátia Rejane de. *Lei de Responsabilidade Fiscal e Despesas com Pessoal da Saúde: um estudo dos municípios brasileiros*. 2011. 219f. Tese (Doutorado em Ciências). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cadernos CEFOR – Textos 1.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C. *O agente comunitário de saúde no marco da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: desafio à formação em saúde*. Relatório Final. Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico. EPSJV/Fiocruz-Faperj, 2001.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C. *Educação e Trabalho em Disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2010. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/1145.pdf>. Acesso em: 16 de abr. 2016

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; FONSECA, Angélica F.; CORBO, Anamaria; MATTA, Gustavo; MARTINS, Carla; REIS, Renata; STAUFFER, Anakeila de B. *Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: melhoria da qualidade na Atenção Básica*. Relatório. Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública: Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; FONSECA, Angélica F.; PONTES, Ana Lúcia; et al. Relatório Final. *Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: melhoria da qualidade na Atenção Básica*. Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública: Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia Corrêa. O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas Voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. Rio de Janeiro: *Trabalho, Educação e Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, v.5, n.2, p.287-310, jul. 2007.

MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; LOPES, Márcia Cavalcanti Raposo; CHAGAS, Daiana Crús; CHINELLI, Filipina; VIEIRA, Monica. Qualificação de Trabalhadores Técnicos em Saúde: uma apresentação ao trabalho. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; LOPES, Márcia Cavalcanti Raposo; CHAGAS, Daiana Crús; CHINELLI, Filipina; VIEIRA, Monica. (Orgs.) *Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013, p 11-20.

MOTTA, Luiz Eduardo. Poulantzas e o Direito. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.53, n. 2, 2010, p. 367-403.

NAVARRO, Vicente. Produção e estado de bem-estar: O contexto político das reformas. *Lua Nova*, São Paulo, n. 28-29, p. 157-200, abr. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451993000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2018.

NETTO, José Paulo. *Introdução ao Estudo do Método de Marx*. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley e PRONKO, Marcela. A Atualidade das Ideias de Nicos Poulantzas no Entendimento das Políticas Sociais no Século XXI. *Germinal: Marxismo e Educação em Debate*, Londrina, v. 1, n. 2, jan. 2010. p. 97-111.

NOGUEIRA, Mariana Lima. *O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva*. 2017. 541f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

NOGUEIRA, Mariana Lima; BORNSTEIN, Vera Joana. *Relatório Preliminar do 5º Fórum Nacional da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde*. Goiânia: CONACS, 2015.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle R. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador suis Generis – o Agente Comunitário de Saúde*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. (Texto para discussão, nº 735). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4208 Acesso em: 15 out 2015

NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad.de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 29, v. 5, p.847-849, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/03.pdf> Acesso em 10 de jun. 2017

OLANIRAN Abimbola; SMITH Helen; UNKELS Regine; BAR-ZEEV, Sarah; VAN DEN BROEK, Nynke. Who is a community health worker? - a systematic review of definitions. *Glob Health Action*. v.10, n.1, p.1-13, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5328349/> Acesso em: 10 maio 2018

OLIVEIRA, Chico de. O Surgimento do Antivalor: capital, força de trabalho e fundo público. *Novos Estudos CEBRAP*, n. 22, p. 8-28, 1988. Disponível em: http://www.ets.ufpb.br/pdf/2013/1%20Estado%20e%20Políticas%20Publicas/EPP%2005_Oliveira_O%20surgimento%20do%20antivalor.pdf. Acesso em: 15 nov. 2017.

_____. *Crítica à razão dualista: o ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2003.

OLIVEIRA, Francisco de. Hegemonia às avessas. In: OLIVEIRA, Francisco de; BRAGA, Ruy; RIZEK, Cibele (Org.). *Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira*. São Paulo: Boitempo, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> Acesso em: 28 jul. 2016.

PAIM, Jairnilson. Modelo de Atenção à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa et al (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a04v36n94.pdf> Acesso em: 12 abr. 2018

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 078 de 19 de fevereiro de 2008. Publica a relação dos Agentes Comunitários de Saúde que foram submetidos e aprovados em Processo Seletivo Público, realizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, no período de 1991 a 2006, constantes em seu anexo. *Diário Oficial do Estado de Pernambuco*, Poder Executivo, Pernambuco, 20 fev. 2008, p. 7-31. Disponível em: [http://200.238.105.211/cadernos/2008/20080220/1-PoderExecutivo/PoderExecutivo\(20080220\).pdf](http://200.238.105.211/cadernos/2008/20080220/1-PoderExecutivo/PoderExecutivo(20080220).pdf)> Acesso em: 26 jul. 2018

PEREIRA, Adelyne Maria M.; CASTRO, Ana Luisa B. de; MALAGÓN, Oviedo Rafael A.; BARBOSA Ludmila G.; GERASSI Camila D.; Giovanella, Ligia. Atenção Primária à Saúde na América do Sul em Perspectiva Comparada: mudanças e tendências. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, Set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a19v36n94.pdf>> Acesso em: 16 jul. 2018

PEREIRA, Eliane M.; LINHARES, Fernando. O Estado e as Políticas Sociais no Capitalismo. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; REIS, José Roberto F. (Orgs.). *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.63-80.

PEREIRA, Potyara. Sobre a controvertida identificação da política social com o Welfare State. In: PEREIRA, Potyara. *Política Social: temas e questões*. São Paulo: Cortez, 2008.

PIERANTONI, Célia Regina; PORTO, Sílvia Marta. Estudo sobre formas contratuais dos agentes comunitários de saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*, v. 3, n. 1, mar. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 167-180.

PINTO, Isabela C. de M.; MEDINA, Maria G.; PEREIRA, Rosana A. G.; VILASBÔAS, Ana Luiza Q. *Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil*. Relatório de Pesquisa. Projeto de cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Salvador: Universidade Federal da Bahia-Instituto de Saúde Coletiva, 2015.

PINTO, Antonio Germane Alves; SAMPAIO, Kamille Ribeiro; LOBO, Aurylene Cordeiro; MACIEL, Brenda Dias; JORGE, Maria Salete Bessa. Grupos prioritários da estratégia saúde da família: a atenção primária à saúde na prática. *Journal of Nursing and Health*, v. 6, n. 3, p. 366-378, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/7128/6914> Acesso em: 24 de mar. 2018.

PIRES, Denise. Reestruturação Produtiva e Consequências para o Trabalho em Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 53, n.2, p.251-163, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a10.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2016

PIRES, Denise. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, mar-abr, 2004, p. 438-446.

POCHMANN, Marcio. *Nova Classe Média?: o trabalho na base da pirâmide social brasileira*. São Paulo: Boitempo, 2012.

_____. Brasil: segunda grande transformação no trabalho? *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 28, n. 81, p. 23-38, 2014

POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o poder, o socialismo*. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

PRADO JR, Caio. Teoria marxista do conhecimento e método dialético materialista. *Revista Discurso*, ano IV, n. 4, 1973, p. 41-78. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/discurso/article/view/37760/40487>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

PRADO JR., Caio. *Formação do Brasil Contemporâneo: Colônia*. São Paulo: Brasiliense, 2000.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal e LIMA, Luci Praciano. A Institucionalização do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Fundação Oswaldo cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio v. 10, n.2, p. 257-281, 2012.

QUEIROZ, Allan Souza. *Entre a formalização e a precarização: o trabalho e o emprego dos cortadores de cana de Alagoas*. 2013. 141f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia> Acesso em: 14 mar. 2016

RAMOS, Marise N. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências construtivismo e neopragmatismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 1, n. 1, p. 93-114, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v1n1/08.pdf>> Acesso em: 16 maio 2018

RAMOS, Marise N. et al. *Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na Perspectiva dos Saberes, Práticas e Competências*. 2017. Relatório de Pesquisa. Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Processo%20Trabalho%20Tecnicos.pdf. Acesso em: 18 jul. 2018

_____. O público e o privado na educação profissional: as políticas do MEC. In: PERONI, Vera; ADRIÃO; Teresa. (Orgs.). *O público e o privado na educação: interfaces entre Estado e sociedade*. São Paulo: Xamã, 2005, p. 31-56.

_____. Conceitos Básicos sobre Trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira e STAUFFER, Anakeila de Barros (Orgs.). *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

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

RIZZOTTO, Maria Lucia F. *O Banco Mundial e as Políticas de Saúde nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. 2000. 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, Campinas, 2000.

SÃO PAULO. Poder Executivo. Decreto nº 3.876, de 11 de julho de 1925. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 26 jul. 1925. Disponível em: <<http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=19250726&Cader no=DO&NumeroPagina=5235>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Os processos de globalização. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org.) *A Globalização e as Ciências Sociais*. São Paulo: Cortez, 2002, 2. ed., p. 25-102.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A economia e a guerra. *Carta Maior*, 05 de abril de 2005. Disponível em: <http://cartamaior.com.br/colunaImprimir.cfm?cm_conteudo_idioma_id=19402>. Acesso em: 16 ago. 2016.

SAVIANI, Dermeval. Trabalho e Educação: fundamentos ontológicos e históricos. *Revista Brasileira de Educação*. v. 12 n. 34 jan./abr. 2007, p. 152-180.

SEMERARO, Giovanni. *Grasmci e a sociedade civil: cultura e educação para a democracia*. Petrópolis: Vozes, 1999.

SEGNINI, Liliana. O que permanece quando tudo muda? Precariedade e vulnerabilidade do trabalho na perspectiva sociológica. *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 69-86, 2011.

SENNETT, Richard. *A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SILVA, Everton N., POWELL-JACKSON, Timothy. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000-2014. *BMJ Global Health* 2017; 2: e000242. Disponível em: <<https://gh.bmj.com/content/2/2/e000242>> Acesso em: 16 jul. 2018

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia W. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVA, Silvio F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>> Acesso em: 03 dez. 2017

SINGER, André V. *Os Sentidos do Lulismo: reforma gradual e pacto conservador*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SOARES, Laura T. As políticas públicas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. *Revista Brasileira de enfermagem*, v.53, n. especial, p. 17-24, 2000.

SOMARRIBA, Mercês. Participação e Saúde: revisitando o Projeto Montes Claros. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Projeto Montes Claros – a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005 Disponível em: <<http://peep.ebape.fgv.br/sites/peep.ebape.fgv.br/files/file/Projeto-Montes-Claros-a-utopia-revisitada.pdf>> Acesso em: 23 abr. 2016

STOTZ, Eduardo Navarro. Trabalhadores, Direito à Saúde e Ordem Social no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, vol. 17, n. 1, p. 25-33, 2003.

TEIXEIRA, Carmen F.; VILASBÔAS, Ana Luiza Q. *Diretrizes para a Integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Documento Preliminar para Revisão*. Elaborado para a Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3317.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2018

Thébaud-Mony, Annie. (1994) La précarité modern, Changer le travail. *Politis-La Revue*, v.7, abr./mai/jun., 2004 Disponível em: <http://www.journaux-collection.com/fiche.php?id=725454> Acesso em: 20 mar. 2011.

THÉBAUD-MONY, Annie; DRUCK, Graça. Terceirização: erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia. *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo: Boitempo, 2007, p.23-58.

VASAPOLLO, Luciano. *O Trabalho Atípico e a Precariedade*. São Paulo: Expressão Popular, 2005a.

VASAPOLLO, Luciano. A precariedade como elemento estratégico determinante do capital. *Pesquisa & Debate*, volume 16, n. 2 (28), São Paulo, 2005b, p. 368-386.

VIANA, Ana Luiza D'Avila; DAL POZ, Mario Roberto. Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família; informe final. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, 161. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998.

VIANA, Ana Luiza D'Avila; MACHADO, Cristiani V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 145, n. 3, p.807-817, 2009

VIEIRA, Monica; ALMEIDA, Alexandra R. M. de; CAMPELLO, Ana Margarida de M. B.; MORENO, Arlinda B.; CHINELLI, Filippina; LOBO NETO, Francisco José da S.; MARQUES, Marcio Candeias. Dinâmica da Formação Técnica e da Ocupação de Postos de Trabalho em Saúde: Brasil anos 2000. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; LOPES, Márcia Cavalcanti Raposo; CHAGAS, Daiana Crús; CHINELLI, Filipina; VIEIRA, Monica. (Orgs.) *Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013, p 121-146.

WOOD, Ellen Meikins. *Democracia contra o capitalismo*. São Paulo: Boitempo, 2003.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA PROJETO SABERES (Versão posterior ao pré-teste de 30/06/2015)

1. Identificação do profissional

O registro destas informações, que devem ser coletadas ao longo do contato com os profissionais (observação participante), deve ser feito na ficha de identificação padrão. Caso haja necessidade, utilizar a entrevista para coletar dados não acessados no cotidiano de observação.

2. Trajetória profissional

Este bloco tem por finalidade identificar a trajetória formativa dos profissionais, com foco nas aquisições formais do conhecimento e sua relação com a inserção e permanência no trabalho. Parte-se da premissa que esta trajetória pode não ser linear, o que exige mais esforço do entrevistador na condução de uma linha de raciocínio durante entrevista.

2.1. (Nome do entrevistado), você hoje é (cargo), trabalhando na Saúde da Família. Você pode me contar um pouco a sua história de estudo e trabalho até chegar aqui?

Objetivo: aproximação à trajetória de formação profissional e trabalho (anos de estudo, iniciação no trabalho, atividades já exercidas, vínculos). A resposta irá gerar dados que serão resgatados em outros momentos mais específicos da entrevista.

2.2. Conte como/por que você entrou na ESF? E nesta equipe?

2.3. Quem te contratou? (se houver dificuldades, dar exemplos: contrato temporário, servidor público, celetista; focar no agente contratante, ex: Viva Rio, Cruz Vermelha; verificar forma de ingresso: seleção pública, concurso, indicação...)

Objetivo da pergunta: Investigar vínculo/agente contratante. Relações de poder; relação com condições de trabalho, caracterização das relações de trabalho, precarização do vínculo.

2.4. Para exercer a função de (cargo atual), você fez alguma formação específica? Se sim, quais? Onde cursou?

2.5. Durante o tempo em que você está trabalhando aqui, você fez algum curso, formação ou capacitação? Participou de palestras? (se não, pular para 2.6.)

- 2.5.1. Você lembra quanto tempo duraram esses cursos/ capacitações/ formações?
Onde eles aconteceram? Como você conciliou o horário de trabalho a esses cursos?
Quais foram os temas abordados? Quem participou e participa?

2.5.2. Quem define quem participa destes eventos? Quando ocorrem (em horário de trabalho)? Onde ocorrem?

2.5.3. O que te levou a fazer esses cursos/formações/capacitações? Conta um pouco sobre sua experiência durante essas formações.

2.5.4. Como esses cursos/capacitações/formações influenciaram o seu trabalho?

Objetivo: Investigar impacto positivo e/ou negativo (não influenciou/ modificou/frustrou) dessas formações no cotidiano do trabalho destes profissionais (transformação das práticas)

2.5.5. Você consegue me descrever algumas situações em que você percebe, na prática, essa influência/contribuição?

Objetivo questões 2.4. a 2.5.5.: captar formação inicial (preparação para exercício da função; exemplo: para trabalhar como ACS, você fez algum curso?) e continuada (formação ao longo do exercício profissional. Ex: treinamento para dengue, oficinas, palestras, capacitações).

2.6. Você possui alguma outra formação profissional? Qual (is)? Quando fez? Por quê? (se não, pular para 2.7)

Objetivo: Investigar se profissional fez outra formação, mesmo que não relacionada ao trabalho atual.
2.6.1. Você usa, no seu cotidiano de trabalho aqui na ESF, alguns conhecimentos referentes a esta outra formação? De que forma eles influenciam/contribuem para sua atuação como (cargo)?

2.7. Você conhece/participa do sindicato dos (profissão/cargo), frequenta as reuniões?

2.8. Você participa de algum movimento social?

2.9. Você estuda atualmente ou pretende retomar estudos? (em escola, cursinho, faculdade) Por quê? (se não, pular para 2.7)

Objetivo: Investigar as perspectivas/projetos profissionais, no âmbito ou fora da área da saúde

2.9.1. Você está trabalhando e estudando. Uma coisa interfere na outra? Como é isso?

Como você concilia o estudo com o trabalho?

2.9.2. Você acha que seus estudos atuais (na escola, por conta própria ou promovidos pelos serviços) contribuem para seu trabalho individual ou em equipe?

3. Processo de trabalho e saberes profissionais

Este bloco tem por objetivo captar as práticas e saberes utilizados/adquiridos no cotidiano de trabalho do profissional; sua autonomia profissional, além de captar as relações hierárquicas e de poder na equipe

Então agora vamos conversar um pouco mais sobre seu trabalho.

3.1. Considerando o que você já aprendeu até hoje (na escola, no curso técnico, na educação permanente, na prática), que conhecimentos você mais usa para realizar o seu trabalho? Onde e/ou com quem você aprendeu sobre isso?

Objetivo: Essa narrativa pode trazer a maneira pela qual aprendeu o que faz, formalmente ou não. Deve-se estar atento e buscar investigar quais conhecimentos citados provem da escolarização, da educação permanente ou da prática.

3.2. Como é seu dia a dia, sua rotina de trabalho? Você pode me descrever o que você faz? Se for melhor para você, você pode descrever sua rotina semanal, o que você faz segunda, terça, quarta... (usar o termo “semana típica”, caso o entrevistado tenha dificuldades em entender a pergunta ou para complementar dados coletados)

Objetivo geral questões 3.2. a 3.8.: identificar trabalho prescrito e trabalho real; funções formais e reais, além das atividades rotineira desenvolvida pelo trabalhador. É comum essas atividades serem organizadas semanalmente.

3.3. Quem define as tarefas que você tem desempenhado no seu trabalho cotidiano? Vocês têm como referência uma carteira de serviços ou algum outro documento que defina as atribuições de cada membro da equipe?

3.4. Você tem autonomia para decidir algumas tarefas ou para organizá-las?

3.5. Dessas atividades que você falou que realiza, o que você costuma fazer sozinho? Por que acontece assim?

Objetivo: verificar se é atribuição específica, se não existe outro profissional para realizar tais tarefas, se é preferência do trabalhador, ou outras razões. A resposta pode indicar como profissional se vê na equipe.

3.6. E o que você faz, em geral, acompanhado? Quem o acompanha? Ele(a) faz parte da sua equipe?

Objetivo: Identificar atividades realizadas em equipe e quem o entrevistado considera parte de sua equipe. Assim como na questão anterior, a resposta pode indicar como profissional se vê na equipe. Para o AVS é importante lembrar que há uma divisão territorial diferenciada entre este profissional e o ACS, no entanto, observar se eles trabalham juntos é fundamental para a questão do trabalho em equipe e do modelo de atenção à saúde prestado.

3.7. Existem tarefas que não são previstas, mas que você acaba realizando? Se sim, quais? (se não, pular para 3.8.)

3.7.1. Por que você acaba realizando essas tarefas?

3.8. E o contrário: existe alguma tarefa que você acha que deveria ser realizada, mas que acaba não realizando? Quais? (se não, pular para 3.9.)

3.8.1. Por que você acaba não realizando essas tarefas?

3.9. Normalmente surgem dúvidas, dificuldades, imprevistos/situações novas na realização do nosso trabalho. Como você resolve essas situações? Você recorre a alguém para ajudá-lo? Quem? (coordenador, médicos, enfermeiros, outros técnicos, ACS/AVS). Por quê?

Objetivo: Identificar estratégias de resolução de problemas e modo de circulação do conhecimento.

4. Trabalho em equipe

4.1. Agora me fale um pouco sobre sua equipe: quem a compõe?

Objetivo: Identificar a composição formal da equipe, assim como aqueles profissionais que o entrevistado reconhece como membros da equipe. Para o AVS, é importante captar a que equipe esse profissional se refere durante a entrevista, pois pode acontecer deste, ao falar de equipe, se referir a equipe dos profissionais de vigilância e da equipe de saúde da família.

4.1.1. Como é composta a equipe de AVS? Existem profissionais de nível superior, como biólogos, veterinários, entre outros? (específica para AVS)

4.2. Como é o relacionamento entre vocês?

4.3. Com quem você se relaciona frequentemente no trabalho? Por quê? Objetivo: Identificar vínculos no trabalho e sentidos, produzidos pelos trabalhadores, que podem criar arranjos singulares do trabalho em equipe. Verificar as relações impostas pelo trabalho e aquelas que são por escolha do profissional (preferências, relações de compadria, relações afetivas).

4.4. No que você acha que contribui para o trabalho em equipe? Objetivo: identificar como profissional se percebe e o valor/sentido que ele atribui ao seu trabalho.

4.5. Para técnicos: Destacando vocês, técnicos de enfermagem e de saúde bucal, que são técnicos, como é o relacionamento, dentro da equipe, entre vocês? E com os ACS, ASB e AVS? E com os profissionais de nível superior (médico, enfermeiro, dentista)?

Para AVS ou ACS ou ASB: Destacando vocês, (ACS ou AVS ou ASB), como é o relacionamento com os ACS/AVS/ASB? E com os técnicos de enfermagem e de Saúde Bucal? E com os profissionais de nível superior?

Objetivo: Instigar entrevistado a revelar problemas e tensões relacionais: identificar relações de poder, horizontais e verticais, na equipe (cumplicidades, hierarquias, conflitos, disputas, etc).

4.6. E entre vocês e o coordenador/supervisor da equipe? E com o gerente da unidade?

Objetivo: Instigar entrevistado a revelar problemas e tensões relacionais: identificar relações de poder, horizontais e verticais, na equipe (cumplicidades, hierarquias, conflitos, disputas, etc). Para os AVS, ver se existe além da supervisão da unidade, uma supervisão ligada ao nível central, e detectar a diferença entre as duas supervisões e influência no seu trabalho.

4.7. A equipe faz reuniões? Com que regularidade? (se não, pular para 4.8.)

4.7.1. Quais são os assuntos tratados nessas reuniões?

4.7.2. Quem coordena as reuniões?

4.7.3. Você consegue expor sua opinião e ser ouvido nessas reuniões? Por quê?

4.8. Quais os principais problemas ou dificuldades enfrentados por vocês, da equipe, na realização do trabalho? Como vocês tentam resolvê-los?

Objetivo: Reforçar investigação acerca dos problemas da equipe. Estratégias DA EQUIPE para resolução de problemas (e não estratégias individuais). Instigar a fala sobre problemas técnicos, administrativos, relacionais, etc. que envolvam a equipe e outros que envolvam outras instâncias às quais a equipe não tem acesso.

4.9. Do que você sente falta para realizar seu trabalho como você gostaria?

4.10. Você faria quais propostas para melhorar seu trabalho e o trabalho da equipe?

4.11. Se você tiver que ensinar o seu trabalho a um colega novo na equipe, para o que você chamaria a atenção dessa pessoa?

5. Relação com o usuário

- 5.1. Agora vamos falar sobre os usuários. Fale um pouco sobre sua relação com eles.
- 5.2. Você encontra dificuldades nessa relação com os usuários? Quais? Como você tenta resolvê-las? Do que você lança mão para enfrentar essas dificuldades?

6. Conclusão e percepções sobre a entrevista

- 6.1. Depois de tudo que falamos – da sua história de formação, da organização do seu trabalho... – quais são os seus planos para o futuro?
- 6.2. O que você achou da entrevista, das perguntas que foram feitas?
- 6.3. Você quer colocar alguma coisa, que julga importante pra pesquisa, e que não foi contemplada?

APÊNDICE B - Roteiro de observação participante

PROJETO SABERES

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

- 1 - Cotidiano de trabalho dos técnicos em saúde de caráter individual (vinculado às funções previstas para cada especialidade) e em equipe.
- 2 – Tarefas prescritas relativas às especialidades realizadas cotidianamente.
- 3 – Tarefas prescritas relativas às funções comuns da equipe realizadas cotidianamente.
- 4 – Tarefas não prescritas relativas às especialidades realizadas cotidianamente e/ou eventualmente.
- 5 – Tarefas não prescritas relativas às funções comuns da equipe realizadas cotidianamente e/ou eventualmente.
- 6 – Problemas e imprevistos ocorridos de caráter técnico, administrativo, relacional, etc. que envolva trabalhadores individualmente, a equipe, usuários e outros que envolvam instâncias distintas da equipe.
- 7 – Ações resolutivas de problemas e imprevistos realizadas individualmente e em equipe.
- 8- Relações de ordem técnica (procedimentos e protocolos relativos ao fluxo do trabalho) e comunicacional dos trabalhadores entre si.
- 9 - Relações de ordem técnica (procedimentos e protocolos relativos ao fluxo de trabalho) e comunicacional entre trabalhadores de nível médio e superior.
- 10 – Relações de ordem assistencial e comunicacional dos trabalhadores com os usuários.
- 11 – Reuniões de equipe, com atenção para a regularidade com que realizam; os assuntos tratados; a coordenação reunião (quem e como); forma, intensidade e efetividade da participação dos trabalhadores.
- 12 – Processos de educação permanente, com atenção para a regularidade com que realizam; os assuntos tratados; a coordenação (quem e como); forma, intensidade e efetividade da participação dos trabalhadores.
- 13 – Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho das especialidades e do trabalho em equipe.

APÊNDICE C – Ficha de identificação do entrevistado

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO
Estas questões devem ser abordadas/captadas durante observação participante. Servirão como base para a entrevista, facilitando a contextualização dos pontos do roteiro semiestruturado. Caso não seja possível obter tais informações antes da entrevista, abordá-las em momento oportuno da conversa, evitando causar constrangimentos.
1. Código/número do arquivo digital da entrevista (ver registro no gravador):
2. Nome do entrevistado (apenas 1º nome):
3. Gênero:
4. Idade:
5. Local de moradia (bairro, mas especificar área. Ex: mora em que local de Copacabana?)
6. Cargo/função na equipe de Saúde da Família:
7. Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família:
8. Tempo de trabalho na equipe atual:
9. Vínculo empregatício
9.1. Tipo de vínculo (CLT, estatutário, contrato temporário, etc):
9.2. Agente contratante (OS, fundações, administração direta – para facilitar, perguntar “quem te contratou?”):
9.3. Forma de ingresso (seleção pública, concurso, indicação, etc):
9.4. Salário e benefícios:
10. Exercício de outra(s) atividade(s) remunerada(s) (sim/não, quais, por quê?):
11. Circunstâncias da entrevista
11.1. Negociações sobre momento da entrevista (escolha do horário/local; atitude do profissional quanto à participação; reação da equipe...):
11.2. Local de realização (sem/com privacidade; ao ar livre; sala da UBS):
11.3 Atitudes e postura do entrevistado durante entrevista (impaciência, receio, apreensão, tranquilidade, abertura, etc):
11.4 Interrupções e outros aspectos relevantes:

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “*Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências*”, apoiada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), por ser um profissional de nível técnico que atua na Estratégia Saúde da Família (ESF). O objetivo deste estudo é analisar o processo de trabalho dos técnicos em saúde que atuam na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente na ESF, em municípios das cinco regiões brasileiras.

Aceitando o convite, você participará de uma entrevista individual, que dura em torno de 50 minutos, quando o (a) pesquisador (a) lhe fará perguntas sobre seu cotidiano de trabalho, sua formação e trajetória profissional, e sua relação com a equipe em que atua. Esta entrevista será registrada em gravador digital e posteriormente transcrita. Além disso, o (a) pesquisador (a) acompanhará suas atividades junto à equipe durante uma semana, a fim de conhecer suas atribuições e práticas, não tendo a finalidade de avaliar seu trabalho e/ou desempenho.

Algumas pessoas se sentem desconfortáveis / incomodadas em responder algumas perguntas sobre sua vida ou serem acompanhadas em sua rotina de trabalho. Se isto acontecer com você durante a entrevista e/ou no acompanhamento de suas atividades profissionais, você pode não responder às perguntas e até mesmo interromper sua participação na pesquisa no momento em que desejar, sem que isto afete o seu trabalho ou seu relacionamento com esta instituição.

As informações fornecidas e coletadas pelo (a) pesquisador (a) serão conhecidas e analisadas pela equipe de pesquisa, dando origem a um relatório, onde poderão constar transcrições de partes ou todo da entrevista e relatos das observações. Este relatório poderá vir a ser publicado e divulgado por meio impresso e/ou digital. No entanto, não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação. Assim, a coordenação da pesquisa responsabiliza-se pelo sigilo sobre seus dados pessoais, que assegurará seu anonimato, sua privacidade e integridade civil, profissional e ética. Esclarecemos, ainda, que os procedimentos da pesquisa foram autorizados pelo órgão competente responsável por este serviço.

A princípio sua participação poderá não trazer qualquer benefício direto a você, mas poderá contribuir para o aperfeiçoamento e melhoria da formação e atuação profissional dos trabalhadores técnicos na Estratégia Saúde da Família, podendo beneficiar os próprios trabalhadores e os usuários destes serviços de saúde.

Participar dessa pesquisa não implicará em nenhum custo financeiro para você, e, como voluntário(a), você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Além disso, você poderá entrar em contato com os Comitês de Ética envolvidos na pesquisa, cujos contatos seguem ao final deste documento.

Assumiremos plenamente toda e qualquer responsabilidade advinda desse procedimento, na forma da lei e do código de ética em saúde.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu,
 _____, concordo em participar do estudo

intitulado “*Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências*”, sob a coordenação da Prof.^a Dr.^a Marise Nogueira Ramos.

Estou ciente sobre os princípios que regem a coleta de informações pela coordenação de pesquisa, nos termos da ética em pesquisa, descritos a seguir:

- a) Autorização dos procedimentos da pesquisa pelo órgão competente responsável por este serviço;
- b) Não existência de riscos significativos nessa colaboração e na utilização de dados e informações por mim fornecidos;
- c) Garantia de sigilo que assegurará minha privacidade e integridade civil, profissional e ética.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar; e que estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

.....,	de	2016	_____
Município		Nome do sujeito de pesquisa	Assinatura
.....,	de	2016	_____
Município		Nome do sujeito de pesquisa	Assinatura
.....,	de	2016	_____
Município		Nome do sujeito de pesquisa	Assinatura

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Marise Nogueira Ramos

Matrícula Siape: 6276781

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde

Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – EPSJV, sala 322.

Telefones: (21) 3865-9753; (21) 3865-9750.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ)

Avenida Brasil, 4365, Manguinhos – EPSJV, sala 316

Telefone: (21) 3865-9710

Email: cep@epsjv.fiocruz.br

APÊNDICE E – Mudanças legislativas que alteraram as relações de trabalho no setor privado no Brasil, adotadas durante os Governos de Fernando Henrique Cardoso

Quadro 11 – Mudanças legislativas que alteraram as relações de trabalho no setor privado no Brasil, adotadas durante os governos de Fernando Henrique Cardoso

Flexibilização	Tema	Legislação	Alteração
Flexibilização da alocação do trabalho	Trabalho por tempo determinado	Lei n. 9601/1998	Desvincula o contrato por prazo determinado da natureza dos serviços prestados; Altera os critérios de rescisão e redução das contribuições sociais; Cria o banco de horas.
	Denúncia da Convenção 158 da OIT (Dez meses antes havia sido ratificada)	Decreto n. 2100/1996	Elimina mecanismos de inibição da demissão imotivada; Reafirma a possibilidade de demissão sem justa causa.
	Cooperativas profissionais ou de prestação de serviços	Lei n. 8.949/1994	Possibilita a organização dos trabalhadores em cooperativas para execução de trabalho no interior de uma empresa, sem que isso caracterize vínculo empregatício e, portanto, sem acesso aos direitos trabalhistas existentes na legislação e definidos em convenções coletivas.
	Trabalho em tempo parcial	MP n. 1709/1998	Estabelece: Jornada de trabalho de até 25 horas semanais; Salário e direitos trabalhistas em conformidade com a duração da jornada; Sem previsão da participação do sindicato na negociação
	Suspensão do contrato de trabalho	MP n. 1726/1998	Possibilita a suspensão do contato de

			trabalho por um período de 2 a 5 meses, vinculada a um processo de qualificação profissional, desde que negociada entre as partes. Em caso de demissão, após o término da suspensão, o trabalhador tem direito a receber as verbas rescisórias e multa de um salário.
	Trabalho temporário	Portaria n. 2 de 29 de maio de 1996; Portaria n. 1 de 2 de julho de 1997	Amplia a possibilidade de utilização da lei referente ao contrato temporário (Lei 6019/1974).
Flexibilização do tempo de trabalho	Banco de Horas	Lei n. 9061/1998 e Lei n. 1709/1998	Possibilita que a jornada seja organizada anualmente conforme as flutuações da produção ou serviço (anualização da jornada) Amplia para um ano o prazo de compensação das jornadas semanais extraordinárias de trabalho, através de acordo ou convenção coletiva.
	Liberação do trabalho aos domingos	MP 1539-3827 de novembro de 1997, que foi renovada repetidamente por várias MP (MP n. 1878-64/1999, entre outras), sendo a última, a MP n. 1982-77 de 23 de novembro de 2000, aprovada no Congresso Nacional como a Lei nº 10.101 de 2000.	Autoriza, a partir de 9 de novembro de 1997, o trabalho aos domingos no comércio varejista em geral, sem a previsão de passar por negociação coletiva.
Flexibilização da remuneração	Participação no Lucros e Resultados (PRL)	MP n. 794 de 1994 Lei n. 10101 (a partir de 9 de dezembro de 2000) que reproduz a MP n. 1982-77/2000	Viabiliza a participação dos trabalhadores nos lucros e resultados da empresa, através de negociação; Determina que o valor da remuneração em PLR não incide sobre os encargos trabalhistas e não é incorporado ao salário;

			<p>Introduz a possibilidade de mediação e arbitragem privada;</p> <p>Define uma periodicidade mínima de seis meses na distribuição de benefícios de PRL;</p> <p>Focaliza a negociação na empresa;</p> <p>Abre a possibilidade de remuneração variável;</p> <p>Retira o foco da mobilização salarial real/produktividade;</p> <p>Introduz os temas da agenda da empresa na negociação;</p> <p>Torna-se uma alternativa ao fim da política salarial, ao possibilitar algum ganho de remuneração sem reajuste nos salários.</p>
	Política salarial	MP n. 1053/1994	<p>Elimina a política de reajuste salarial por meio do Estado;</p> <p>Proíbe as cláusulas de reajuste automático de salários;</p> <p>Procura induzir a “livre negociação”, mas com controle para não haver reajuste real nem nas negociações, nem no Judiciário.</p>
	Salário Mínimo	<p>MP n. 1906/1997</p> <p>Lei Complementar n. 103 de 14 de julho de 2000</p>	<p>Acaba com o índice de reajuste oficial de correção do salário mínimo, cujo valor passa a ser definido pelo Poder Executivo, sob apreciação do Congresso Nacional.</p> <p>Autoriza os Estados e o Distrito Federal a instituir o piso salarial a que se refere o inciso V do art. 7º da Constituição Federal.</p>
Flexibilização nos procedimentos	Comissões de Conciliação Prévias	Lei n. 8959/2000	Possibilita a criação de comissões de

de solução de conflitos	(CCP)		conciliação nas categorias profissionais e/ou nas empresas com mais de 50 empregados. As CCP passam a ser a primeira instância dos dissídios individuais. Têm funcionamento paritário, mas sem estabilidade para os membros.
	Rito Sumário	Lei n. 9957/2000	Ficam submetidos ao procedimento sumaríssimo os dissídios individuais cujo valor não exceda a quarenta vezes o salário mínimo vigente na data do ajuizamento da reclamação
	Fiscalização do MTb	Portaria n. 865/1995	Impede a autuação quando há conflito entre a legislação e o acordo/convenção coletiva; Permite que os acordos e convenções reduzam direitos acertados anteriormente.

Fonte: Krein (2004) e Campos (2015), com modificações e acréscimos da autora.

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências

Pesquisador: MARISE NOGUEIRA RAMOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43320215.1.0000.5241

Instituição Proponente: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.064.681

Data da Relatoria: 14/05/2015

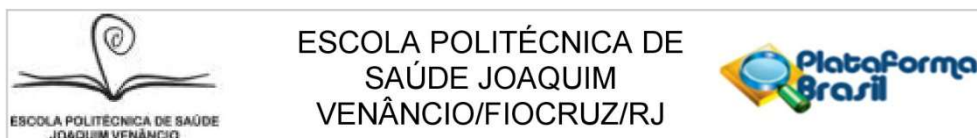
Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto desenvolvido no âmbito do Observatório dos Técnicos na Saúde e com recursos provenientes da Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa é coordenado pela pesquisadora da EPSJV/Fiocruz Marise Nogueira Ramos e aborda o processo de trabalho de trabalhadores de nível médio ou técnico e que atuam na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), com base em levantamento realizado nas cinco regiões brasileiras. Entre as questões norteadoras do estudo, incluem-se tópicos relacionados à escolaridade e formação profissional, às práticas, saberes e competências profissionais e às interações na equipe de saúde. O projeto prevê a participação de 75 sujeitos, sendo 15 de cada região estudada. As estratégias para coleta de dados incluem observação e também entrevistas. Além de pesquisadores do Observatório dos Técnicos, é prevista a participação de pesquisadores das Escolas Técnicas do Sus das regiões estudadas. Estão previstas oficinas, inclusive de caráter regionalizado, tanto para a estruturação do trabalho de pesquisa de campo quanto para discussão e análise dos resultados. Há ainda a previsão de elaboração de um número temático da Revista Trabalho, Educação e Saúde com os resultados do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo consiste em: analisar o processo de trabalho dos técnicos em saúde

Endereço: Avenida Brasil, 4365	CEP: 21.040-900
Bairro: Manguinhos	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710	Fax: (21)3865-9729
	E-mail: cep@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.064.681

que atuam na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente na Estratégia Saúde da Família, nas cinco regiões brasileiras, considerando a formação profissional, as atribuições, as competências profissionais, o escopo, a divisão e a incorporação de atividades e práticas entre os trabalhadores técnicos e entre estes e os profissionais de nível superior. Como objetivos específicos, estão previstos: a) analisar a formação profissional desses trabalhadores, considerando os princípios e diretrizes da ESF e as características do processo de trabalho; b) identificar as atribuições, o escopo de práticas, saberes e competências dos auxiliares/técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde inseridos na ESF, bem como dos agentes de vigilância em saúde atuantes nas áreas investigadas; c) identificar a divisão do trabalho entre esses trabalhadores técnicos e entre estes e os de nível superior, bem como a incorporação de atividades e práticas que incidem sobre essa divisão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A realização do estudo não aparenta oferecer riscos significativos aos participantes. Há garantia do sigilo quanto à participação no estudo. Quanto aos benefícios identificados, trata-se de um estudo relevante, tendo em vista que está dirigido ao fortalecimento do SUS e aperfeiçoamento dos processos de trabalho dos trabalhadores de nível médio e técnico, mais especificamente vinculados à ESF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo que aborda temática de relevância para o campo da saúde pública e, mais especificamente, para as políticas de gestão do trabalho destinadas ao campo da atenção primária em saúde. Os objetivos estão definidos com clareza e a metodologia é coerente com os mesmos. O estudo está adequadamente justificado e embasado teoricamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: folha de rosto devidamente assinada, projeto detalhado, orçamento, cronograma, carta referente à escolha dos locais onde será realizada a pesquisa, roteiros de entrevista e observação e TCLE. O TCLE foi ajustado segundo sugestões deste CEP. Não foram apresentados os roteiros de entrevista. Todos os documentos estão adequadamente redigidos. Ressalta-se que a pesquisadora não dispõe ainda dos termos de aceite de todos locais ou instituições abrangidas, porém assume o compromisso de enviá-los ao CEP antes do início do trabalho de campo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 –

Endereço: Avenida Brasil, 4365	CEP: 21.040-900
Bairro: Manguinhos	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710	Fax: (21)3865-9729
	E-mail: cep@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.064.681

CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 15 de Maio de 2015

Assinado por:
Daniel Groisman
(Coordenador)

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** cep@fiocruz.br