

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

Filippina Chinelli

Alda Lacerda

Monica Vieira

Introdução

Este texto trata das repercussões da reconfiguração do Estado brasileiro nas políticas de formação profissional e nas relações de trabalho nas quais estão inseridos os trabalhadores da saúde e, mais especificamente, aqueles que atuam nos serviços de atenção básica¹ – entre os quais se encontram os agentes comunitários de saúde (ACSs) – durante os anos 1990. Aborda-se inicialmente a década de 1980, quando essa reconfiguração começa a se esboçar, num período em que o país vivia grave crise econômico-social, ao mesmo tempo em que, com o acirramento da luta pela redemocratização, ganhava impulso o movimento sanitário.

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

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

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

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

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

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

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

Alma-Ata e a VII Conferência Nacional de Saúde

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

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

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

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

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

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

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

Segundo Pereira (2002, p. 20), é a partir dessa conferência e das discussões travadas em torno do Prev-Saúde que os debates sobre a formação profissional dos trabalhadores passaram a considerar a necessidade de substituir a “especialidade pela generalidade” e de “ampliar as ações preventivas e dar maior atenção aos problemas de saúde coletiva” (ibid., p. 40). A autora acrescenta ainda que se aliava a essas ações a busca pela melhoria “na qualidade da assistência (com ênfase no cuidado), oferecida pelas instituições de saúde”, sublinhando-se “a necessidade de formação profissional para trabalhadores de nível médio” (ibid.) e reforçando-se os projetos com esse objetivo, como o Projeto de Formação Profissional em Larga Escala⁴ para os trabalhadores de nível médio em saúde, implantado a partir de 1980 no âmbito da cooperação técnica entre o Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

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

⁴ Ver a respeito Lima e Braga, 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A “humanização do capitalismo” e a flexibilização do SUS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cabe ressaltar que o país encontrava-se na época em meio à crise política que culminou no *impeachment* de Collor de Mello em 1992, ano em que ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde. Com o tema “Saúde: municipalização é o caminho”, nela foram ratificadas as diretrizes emanadas da VIII Conferência Nacional de Saúde, exigindo-se o cumprimento das leis nº 8.080 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.⁷ Seu relatório final enfatiza aspectos que dizem respeito à implantação do SUS: controle social, democratização do sistema, municipalização e ampliação das receitas. Em relação aos trabalhadores, o relatório propõe como condição indispensável para a efetivação do SUS o estabelecimento de políticas voltadas para a capacitação e a formação de recursos humanos, e a necessidade de compatibilizar os vários tipos de vínculos contratuais (Ferreira e Moura, 2006), ressaltando ainda os seguintes pontos:

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

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

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

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

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

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

Ainda em 1993, ocorreu a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Na interpretação de Vieira (2005, p. 22), o evento revela as contradições e tensões que desde os anos 1980 marcavam as políticas voltadas para os trabalhadores da saúde, resultantes da situação “caótica” em que se encontravam os serviços e as práticas de saúde no país e que comprometia a própria ideia de um sistema único de saúde. Os debates então travados reconheciam que os graves problemas de longa data enfrentados pelos trabalhadores da saúde⁸ se agudizavam naquele momento, sobretudo sob o impacto das políticas neoliberais que orientavam a reforma do Estado (Brasil, Ministério da Saúde, 1994, p. 14).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De fato, não são poucos os estudos que revelam o crescimento no número de postos de trabalho em saúde no Brasil durante os anos 1990.¹⁴ Resumindo-os, Varella e Pierantoni ressaltam ser “consensual que a implementação do SUS foi o grande alavancador deste mercado, tanto pela expansão da rede pública quanto da rede privada contratada” (2008, p. 534). Note-se, porém, que, seguindo a tendência nacional do mercado de trabalho da época, prevaleceram formas flexíveis de

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

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

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

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

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

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

Seguindo essa perspectiva, a mesma Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde publicou, em 1997, a *Agenda de prioridades para a política de recursos humanos na gestão do SUS*, estabelecendo que essas políticas deveriam estar vinculadas “aos aspectos de emprego, educação e reforma administrativa pertinentes às políticas sociais e de administração de governo” (Brasil, Ministério da Saúde, 1997b, p. 4) de modo a, entre outros aspectos: “Introduzir novas formas de gestão do trabalho fundadas no incentivo à produtividade e qualidade, na descentralização, na participação social¹⁶ e na publicização do aparato produtor de serviços de saúde”; e “Incentivar a flexibilização dos vínculos de trabalho nas instâncias de gestão ligadas ao Estado, para permitir maior adequação ao mercado de trabalho e aos avanços tecnológicos, sem comprometer os direitos sociais dos trabalhadores” (ibid.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O documento elenca os principais problemas enfrentados por esses trabalhadores¹⁹ e relaciona sua equação ao exercício de “maior

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referências bibliográficas

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

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

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

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

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

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

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

_____. Emenda constitucional n° 51. *Diário Oficial da União*, p. 1, 15 fev. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm. Acesso em 15 dez. 2010.

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

_____. Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso em: 15 dez. 2010.

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

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

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

_____. _____. *Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf. Acesso em: 15 dez. 2010.

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

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

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

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

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

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

_____. _____. _____. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 15 dez. 2010.

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

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

_____. _____. _____. *Política de recursos humanos para o SUS: prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995c. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/RHSUS_pol_sum.pdf. Acesso em: 17 dez. 2010.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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