

# Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação

Anna Violeta Durão  
Márcia Valéria Morosini  
Valéria Carvalho

A luta política empreendida pelos agentes comunitários de saúde (ACSs) no que se refere à conquista do direito à qualificação técnica e ao caráter de sua inserção laboral nos quadros do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser compreendida considerando-se o viés ideológico com o qual o Estado brasileiro elabora e põe em prática políticas públicas de saúde voltadas às populações pobres do país.

À diferença dos demais trabalhadores, os ACSs ganharam relevância política em uma conjuntura marcada pelo desmonte de boa parte dos direitos trabalhistas garantidos pela Constituição de 1988, momento em que as políticas neoliberais ganhavam corpo no país, com a eleição de Collor de Mello, que, em 1991, criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs).<sup>1</sup> Visando diminuir a mortalidade materno-infantil nas regiões mais pobres, o programa se concentrou principalmente no Norte e Nordeste. Na ótica do poder público, considerava-se que o trabalho dos agentes na implantação de ações simplificadas contribuiria também para evitar o congestionamento do sistema de assistência à saúde (Silva e Dalmaso, 2002a).

Os ACSs são considerados pelas políticas atualmente em vigor trabalhadores de vital importância para a implantação do Programa

---

<sup>1</sup> Como mencionado, posteriormente o programa passou a se denominar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

Saúde da Família (PSF), visto serem compreendidos como elemento de ligação entre as populações mais pobres ou “comunidades” – termo correntemente utilizado em documentos produzidos nos três níveis de governo e por parte da literatura acadêmica que trata do tema – e as políticas públicas. Essa relevância, porém, não encontra correspondência nos processos de qualificação simplificada a que têm acesso, nem nas relações de trabalho a que são submetidos, caracterizadas pela precariedade do vínculo com o poder público, por baixos salários, pela frequente intensificação da jornada de trabalho e pela possibilidade de adquirirem toda a sorte de patologias, dada a natureza física e psicologicamente estressante das atividades que desenvolvem.

O presente artigo trata dessa inserção contraditória dos ACSs no Sistema Único de Saúde, dando ênfase aos principais marcos históricos de seu processo de qualificação. Considera que, a despeito da importância política desses trabalhadores, quando se trata de políticas para desprecarizar o seu vínculo trabalhista, assegurar a formação técnica adequada às demandas das populações atendidas e incorporá-los como profissionais da saúde, sobressaem contradições que evidenciam a influência das políticas de caráter liberal-privatista que vêm sendo implantadas no Brasil, sobretudo a partir dos anos 1990, com o Governo Collor de Mello (1990-1992).

Na análise que se segue, os conceitos de comunidade e Estado, tomados como resultantes da configuração que assume a correlação de forças em conjunturas históricas específicas, ocupam papel central. Essa centralidade substantiva a hipótese de que, diante da decomposição das antigas bases que estruturavam o modelo fordista de produção e das políticas públicas de caráter universalista a ele relacionadas, o conceito de comunidade foi reduzido a uma categoria ideológica. Essa categoria faz parte do aparato ideológico acionado pelos aparelhos privados de hegemonia<sup>2</sup> na redefinição de seus projetos de sociabilidade, com vistas

---

<sup>2</sup> Gramsci destaca que, com a socialização da política, surge uma complexa rede de organizações coletivas com um papel mais ou menos determinante na formação dos equilíbrios de poder. A esfera da política se amplia para além dos aparelhos executivos e repressivos do Estado, passando a incorporar, o que o autor chamou de sociedade civil, formada pelo conjunto plural dos aparelhos “privados” de hegemonia (Coutinho, 1992).

à obtenção de consenso para políticas sociais restritivas, aí incluídas as políticas de saúde.

Essa formulação está ancorada nos estudos de Neves (2005b), que destacam a difusão no Brasil do neoliberalismo da terceira via – o qual tem em Giddens (1999) o seu principal formulador –, cujo receituário prevê que o Estado, em sentido estrito, estimule e gerencie políticas focalizadas, em parceria com a sociedade civil, como forma de apassivar o acirramento da exploração. Para tanto, é necessário construir os valores éticos e morais do “novo” cidadão colaborador que, ante a retração dos investimentos nas políticas sociais, passa a ser incentivado a atuar local e contingencialmente – isto é, na comunidade e para a comunidade – na solução dos problemas enfrentados pela população mais empobrecida (Neves, 2005b).

### **Os sentidos da comunidade: busca do passado, ocultamento da contemporaneidade**

Desde os chamados estudos de comunidade, realizados no país sobretudo nas décadas de 1940 e 1950, a ideia de comunidade não esteve tão em voga quanto hoje, não só na mídia, como também em vários campos de aplicação das ciências humanas, como educação, serviço social, saúde, planejamento e políticas públicas.

Os estudos de comunidade se ocuparam do que na época se convencionou chamar de “sociedades tradicionais”, caracterizadas pela integração social baseada em estreitos laços de solidariedade, vizinhança e parentesco, e localizadas em pequenas cidades rurais, em oposição complementar às modernas sociedades em processo de urbanização acelerada, de cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, por exemplo.

A ânsia atual pela busca da comunidade em qualquer tempo e lugar denota, no mínimo, certo embaralhamento discursivo, com consequências políticas e ideológicas que não só acabam por esvaziar esse

significado, substituindo-o pela tentativa ilusória de parar o tempo, mas revelam principalmente a extraordinária capacidade de ocultamento e estigmatização contida no termo.

Sobre o primeiro significado, Bauman (2003, p. 7-9) destaca que contemporaneamente comunidade é definida *a priori* de forma positiva, remetendo sempre à ideia de uma “coisa boa”, “um lugar cálido e seguro” onde os indivíduos buscam refugiar-se dos riscos e da imprevisibilidade que marcam suas vidas. O autor adverte, porém, que a busca da “comunidade imaginada” é, na verdade, um sintoma de sua morte:

Quando começa a versar sobre seu valor singular, a derramar-se lírica sobre sua beleza original e a afixar nos muros próximos loquazes manifestos conclamando seus membros a apreciarem suas virtudes e outros a admirá-las ou calar-se – podemos estar certos de que a comunidade não existe mais (ou ainda, se for o caso). A comunidade “falada” (mais exatamente: a comunidade que fala de si mesma) é uma contradição de termos. (Ibid., p. 17)

As favelas cariocas são um caso exemplar da capacidade de ocultamento e de estigmatização contida no uso contemporâneo do termo comunidade. Seus moradores, em um movimento que pode ser chamado de “estigmatização às avessas”, incorporaram a ideia de que constituem uma comunidade na qual predomina a solidariedade e a integração social, na tentativa de elidirem uma imagem da favela e de seus moradores como espaço da pobreza, da desintegração familiar e da violência. Nessa tentativa, acaba-se, de um lado, por ratificar seu apartamento do restante da cidade e, de outro, por legitimar a “tendência simplificadora de querer encontrar a comunidade onde há a necessidade, ou nos grupos sociais em que encontramos carência, ou em coletivos que nos provocam compaixão” (Gomes, 2008, p. 4).

Desse ponto de vista, a associação entre comunidade e necessidade expressa um desigual jogo de interesses mediante o qual a suposta

comunidade procura garantir ganhos materiais e simbólicos, desde que o princípio da equidade não seja posto em cheque. Assim, como ironicamente recomenda Agnes Heller:

Em todas as suas negociações, apóie aquelas classes, grupos e países que suportam os mais brutais sofrimentos, a não ser que esse postulado se choque com as outras máximas de conduta política. É o princípio político e a máxima moral de equidade. (Heller, 1998, p. 105)

## **Estado, comunidade e políticas sociais**

Não é de hoje que o capitalismo recorre à ideia de comunidade para ocultar os efeitos da exploração da força de trabalho. Na interpretação de Bauman (2003), para que a sociedade moderna e o seu correlato ideológico, o individualismo, fossem construídos, foi necessário afastar o homem das suas bases tradicionais e substituir o “entendimento ‘natural da comunidade’ de outrora, o ritmo, regulado pela natureza, da lavoura, e a rotina, regulada pela tradição, da vida do artesão, por uma outra rotina artificialmente projetada e coercitivamente imposta e monitorada” (ibid., p. 36). Em outras palavras, tratava-se de forjar uma disciplina que adequasse o trabalhador ao ritmo industrial, em um momento em que os antigos vínculos comunitários se contrapunham à nova ordem florescente.

Como exemplo emblemático dessa nova conformação, o autor destaca a disciplinarização dos corpos e mentes dos trabalhadores por meio da administração científica de Taylor, surgida no início do século XX, mais tarde matizada pela escola das relações humanas, que propunham aumentar a produtividade do trabalho utilizando métodos que, sem abandonar a coerção, acionavam sobretudo estratégias de convencimento da força de trabalho. Elton Mayo, fundador dessa corrente,

apostava que nada contribuía mais para o incremento da produtividade do que os “fatores espirituais”: “uma atmosfera amigável e ‘doméstica’ no local de trabalho, a atenção dos gerentes e capatazes às variáveis disposições dos trabalhadores e o cuidado deles em explicar aos trabalhadores o significado de suas contribuições para os efeitos gerais da produção” (Bauman, 2003, p. 38).

Pode-se reconhecer nessa escola a tentativa de recriar, em termos materiais e simbólicos, os laços comunitários perdidos. Essa perspectiva acompanhou o fordismo nos seus gloriosos trinta anos, procedendo a uma síntese das ideias de Taylor e Mayo, “sacrificando o mínimo tanto da ‘organização científica’ quanto da união de tipo comunitário” (Bauman, 2003, p. 39). Buscava-se com isso forjar um sentido de comunidade alicerçado no emprego e diretamente imbricado na vida no bairro, na família, no sindicato etc.

Em “Americanismo e fordismo”, Gramsci (2000) lançou luz sobre as novas formas de sociabilização correlatas ao modelo fordista de organização do trabalho, esclarecendo como esse modelo implicava uma tessitura econômica, política e cultural que conformava técnica e eticamente os trabalhadores à sociabilidade burguesa. Nesse sentido, cunhou o conceito de Estado ampliado, incorporando a ele a sociedade civil. Baseado nesse conceito, desvendou o papel da sociedade civil no capitalismo monopolista, dando ênfase às funções exercidas pelos diversos aparelhos privados de hegemonia na disseminação pelo consenso da visão de mundo da classe dominante. Com isso, destacou a função educadora do Estado, exercida não só por meio da coerção, mas também por seus dispositivos de legitimação. Com a formulação “Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia coraçada de coerção” (Gramsci, 2000, p. 244), o autor sublinha que a sociedade civil faz parte do Estado, e se configura como o espaço da luta de classes, onde os diversos sujeitos políticos coletivos, por intermédio de seus aparelhos privados de hegemonia, disputam a direção política e cultural das formações sociais (Neves, 2005a; Fontes, 2006). Assim, “o vínculo entre sociedade civil e Estado explica como a dominação

poreja em todos os espaços sociais, educando o consenso, forjando um ser social adequado aos interesses (e valores) hegemônicos” (Fontes, 2006, p. 212).

A crise do fordismo, deflagrada nos países centrais a partir de meados da década de 1970, levou à reformulação das bases produtivas e do tipo de intervenção do Estado que ancorava esse sistema, assistindo-se, sob a inspiração do modelo japonês e com base nas tecnologias de comunicação e informação, a profundas mudanças na organização da produção, apoiadas em uma nova lógica de utilização da força de trabalho.

Associadas aos efeitos deletérios da reestruturação produtiva sobre o emprego e o mercado de trabalho, as políticas neoliberais avançaram em escala planetária, gerando para os trabalhadores um quadro de insegurança. Essas políticas se traduziram no aumento do desemprego e do trabalho terceirizado, na instabilidade dos rendimentos, em formas de contratações mais individualizadas em detrimento das contratações coletivas, no trabalho em tempo parcial, na intensificação da jornada de trabalho, na redução de direitos, na redução dos investimentos em políticas sociais, na focalização dessas políticas, enfim, na precarização generalizada das relações de trabalho.<sup>3</sup>

Diante desse estado de riscos e insegurança generalizados, Bauman destaca que o apelo ao comunitarismo surge como uma promessa de porto seguro:

A defesa da comunidade e a tentativa de restaurar sua posição negada pelos liberais dificilmente teria acontecido se não fosse pelo fato de que os arreios com os quais as coletividades atam seus membros a uma história conjunta, ao costume, linguagem e escola, ficam mais esgarçados a cada ano que passa. No estágio líquido da modernidade, só são fornecidos arreios com zíper. (2001, p. 194)

---

<sup>3</sup> A esse respeito, ver Antunes, 1999; e Mattoso, 2000, entre outros.

Os efeitos nefastos dessa política tornaram-se mais agudos sobretudo nos países periféricos, aos quais foram impostos, pelos organismos financeiros internacionais, programas de ajuste estrutural que combinaram políticas econômicas de caráter ortodoxo com programas de alívio à pobreza. Tratava-se assim, nos anos 1990, de *humanizar* a mundialização do capital, sob a inspiração de uma versão europeia do neoliberalismo sistematizada no pensamento de Giddens (ver Lima e Martins, 2005), para quem a sociedade está estruturada em três setores: o Estado, o mercado e a sociedade civil. O autor ressalta a importância de uma política estatal integrada entre esses três setores como meio de superação do neoliberalismo e da socialdemocracia clássica, o que se consolidaria em uma nova proposta para além dessas duas: a terceira via (Giddens, 1999).

Com base nessa versão atualizada do neoliberalismo, a burguesia mundial tentou formular uma saída estratégica para os impasses com que o capitalismo vinha se defrontando, sobretudo os do mercado como único regulador da economia, aspecto que, ao comprometer a estabilidade política e social, colocaria em risco a própria estrutura do sistema. O Estado de bem-estar de há muito vinha sendo responsabilizado não só pelo suposto cerceamento das liberdades individuais, como também pelo engessamento econômico que os países vinham enfrentando.

Como saída para a crise, foi proposta uma nova sociabilidade, convocando-se os diversos atores sociais, instituições privadas, organizações da sociedade civil e Estado a estabelecerem alianças em torno de objetivos comuns, cabendo ao Estado direcionar as ações e os demais atores na execução de políticas capazes de estabelecer a necessária convergência de interesses (Lima e Martins, 2005).

Vale a pena destacar, como alerta Wood (2003), o fato de o conceito de sociedade civil assim concebido servir para reduzir o sistema capitalista a uma entre tantas esferas da sociedade moderna, complexa, plural e heterogênea, e localizar a economia capitalista em meio às várias relações e práticas sociais, tomadas em equivalência, sem dis-



tinção. A autora indica também que os usos comuns mais importantes do conceito têm origem na distinção entre sociedade civil e Estado, operando como antíteses o Estado e o não Estado, o poder político e o social, que correspondem à oposição entre a coação – representada pelo Estado – e a liberdade – representada pela sociedade civil.

Nessa perspectiva, a comunidade é entendida como pertencente à sociedade civil, devendo os demais atores da política – o Estado e o mercado – fomentar ações que promovam o seu desenvolvimento, conforme se pode verificar em Giddens:

Programas de socorro à pobreza devem ser substituídos por abordagens centradas na comunidade, que permitem uma participação mais democrática além de serem mais eficazes. A formação de comunidades enfatiza as redes de apoio, o espírito de iniciativa e *o cultivo do capital social* como meio de gerar renovação econômica em bairros de baixa renda. O combate à pobreza requer uma injeção de recursos econômicos, mas aplicados para apoiar a iniciativa local. (1999, p. 120; grifos nossos)

Ressalte-se que o conceito de “capital social” vem sendo disseminado pelos organismos financeiros internacionais, que, diante do esgarçamento do tecido social provocado pelas políticas neoliberais, reconhecem a necessidade de dar uma “face humana” aos ajustes macroestruturais impostos aos países pobres. Nessa perspectiva, o capital social é considerado “instrumento para a formação da ética da responsabilidade coletiva, de fortalecimento da subjetividade e uma estratégia de recomposição da cidadania perdida pelo aumento da desigualdade” (Lima e Martins, 2005, p. 54).

Na perspectiva desses organismos, trata-se de “habilitar setores pobres a participarem e beneficiarem-se do processo de desenvolvimento” (Motta, 2007, p. 267). Enfatiza-se o discurso da solidariedade e da colaboração entre os membros da comunidade e espera-se que,

ante a retração das políticas sociais, desenvolva-se uma cultura cívica capaz de reverter a exacerbação em escala global das desigualdades e da pobreza (ibid.).

Putnan (1996) destaca-se como um dos principais autores que vêm realçando a importância do “ativo” social para o florescimento de uma sociedade menos desigual. Ele parte da análise de que as bases primárias – política, trabalho e religião – que fortaleciam redes de confiança vêm perdendo espaço, sendo os setores menos educados da sociedade os principais afetados pela perda de coesão social. Deriva daí a necessidade de se restaurar a participação dos sujeitos, pois considera serem por demais flexíveis, pessoais e informais os novos espaços de engajamento, tais como o esporte e o lazer, e não permitirem a criação de redes de confiança. O autor ressalta a importância do desenvolvimento de ações “criativas” que promovam laços de confiabilidade e que sejam geradoras de capital social, entendido esse como a confiança, as normas e os sistemas característicos das redes de relações sociais que contribuem “para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas” sem a interferência direta do Estado (ibid., p. 177). Como alerta Francis Fukuyama (apud Motta, 2007, p. 290), diferentemente do capital humano, que pode ser desenvolvido mediante treinamentos e cursos de qualificação, o capital social penetra no senso comum dos indivíduos e depende de mecanismos culturais historicamente transmitidos.

Com a reorientação do papel do Estado nas políticas sociais, aposta-se na focalização das ações para grupos em situação de risco e em estado de pobreza, procedendo-se a um deslocamento da perspectiva universalista das políticas públicas para uma perspectiva de ações focalizadas e de caráter restrito ao âmbito local. A respeito, Montaño (2003) alerta que se repassa para a iniciativa privada serviços voltados para as camadas sociais mais favorecidas. Para os mais pobres, resta o recurso a organizações não governamentais e ao poder público, os quais, em geral, prestam serviços de baixa qualidade.

Procurar-se-á abordar a seguir a forma como essas ideias estão presentes nas políticas voltadas para a qualificação dos ACSs e como, sob a égide do neoliberalismo, transmutam-se e se ressignificam os sentidos dados à comunidade e ao Estado, considerando-se as especificidades do caso brasileiro.

## **A comunidade como mediação para transformação da sociedade**

Acredita-se que a ênfase dada ao papel dos ACSs, ora ressaltando a sua participação na comunidade, ora apostando no seu credenciamento pelo Estado, está presente desde o surgimento dos agentes de saúde, a partir de meados dos anos 1970. Note-se que, nesse momento, já havia por parte do Estado uma orientação para o desenvolvimento de ideias comunitaristas, que também ganharam corpo no país após a Segunda Guerra Mundial. No entanto, as políticas implementadas foram neutralizadas, ao menos em parte, por uma frente ampla, denominada por Coutinho (2006) de democrático-popular,<sup>4</sup> que lutava pela redemocratização do país. É nesse contexto que o movimento da medicina social vem somar-se aos movimentos populares de saúde, logrando assegurar na Constituição em 1988 a saúde como direito e dever do Estado.

Nesta seção, busca-se compreender o sentido dado à comunidade e o papel atribuído aos agentes de saúde nos governos militares e no movimento da Reforma Sanitária. Para esse efeito, elegeu-se o Projeto Montes Claros, significativo de uma política de governo que ganhou novos contornos com a participação de setores progressistas e com o engajamento das populações atendidas. Acrescente-se ainda que essa experiência, implementada no final da década de 1970, estendeu-se a

---

<sup>4</sup> Coutinho chama de democrático-popular o modelo alternativo ao neoliberalismo, a ser construído por efetivas maiorias políticas, “capazes de conduzir o país no sentido do aprofundamento de relações substantivamente democráticas” (Coutinho, 2006, p. 190).

diversas regiões do país e se tornou emblemática de uma proposta alternativa de sistema de saúde para o Brasil.

A fim de se compreender a relação orgânica entre os movimentos sociais da época e o movimento da Reforma Sanitária, coloca-se, nas páginas que se seguem, o foco na participação da Igreja Católica, por ser importante sujeito político na constituição dos agentes de saúde como atores relevantes na cena política do período. Vale dizer que por meio desses exemplos buscou-se compreender a qualificação dos agentes, empreendida, no dizer de Gramsci, pelo alto, ou seja, pelo Estado em sentido estrito, e por baixo, com base em uma maior participação da sociedade civil.

Entre meados da década de 1970 e final dos anos 1980, assiste-se no Brasil ao crescimento da sociedade civil organizada, sob o impulso da luta pela redemocratização do país. Na interpretação de Coutinho (2006, p. 167), o período caracterizou-se pela vigência da “ditadura sem hegemonia”, ou seja, uma força dominante controlava o Estado, em sentido estrito, mas o seu projeto político não tinha o consenso da sociedade. Como assinala o autor, “a contradição que atravessou a história da ditadura foi precisamente a que tem lugar entre um Estado autoritário que buscava reprimir a sociedade civil e o progressivo florescimento dessa última” (ibid.).

Na área da saúde, essa contradição se explicitou sobretudo na convergência entre vários movimentos sociais que lutavam por melhores condições de vida e de saúde da população brasileira, tendo como uma de suas principais consequências o florescimento da medicina social no ambiente acadêmico,<sup>5</sup> em uma perspectiva crítica da medicina co-

---

<sup>5</sup> Em um movimento de resistência, nasce no interior das universidades uma crítica ao sistema de saúde implantado, dando origem ao movimento da Reforma Sanitária, ou ao que se convencionou chamar de corrente médico-social. Na perspectiva crítica dessa corrente, as questões da saúde são vistas em seu aspecto mais amplo, ou seja, enfatizando-se o caráter de classe como fator principal de morbidez. Passa-se a considerar como determinantes as relações sociais e econômicas, aí incluídas as relações de trabalho, com o objetivo de conformar uma consciência política crítica e transformadora sobre os graves problemas sanitários do país (Escorel, 1999).

munitária que os governos militares implantaram no país. Do encontro entre o projeto alternativo de sociedade defendido pela medicina social e as diversas lutas geradas pelos movimentos sociais para a ampliação dos direitos no Estado, originou-se o movimento da Reforma Sanitária, que logrou assegurar na Constituição de 1988 a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Em meados da década de 1970, para dar conta da crise que afetava o setor de saúde,<sup>6</sup> ganha peso no país um novo modelo de gestão das políticas de saúde: o modelo comunitário,<sup>7</sup> para o qual o local passa a ser a principal instância de implementação. A participação da comunidade era considerada como uma forma de os setores mais pobres aproveitarem seus próprios recursos para a superação da pobreza. Estimulava-se a participação da comunidade e priorizava-se a atenção básica, considerando-se que mediante ações simples e preventivas haveria uma triagem no atendimento, com conseqüente redução de custos. Obviamente, essa reorientação visava, sobretudo, conciliar as contradições inerentes à sociedade capitalista, pois, ao mesmo tempo em que levou à diminuição dos custos do atendimento médico às populações pobres, possibilitou o desenvolvimento da medicina privada (Donnangelo e Pereira, 1976; e Escorel, 1999). Com efeito, Lima e Braga (2006) ressaltam o aparente paradoxo entre um discurso que enfatiza a atenção primária ao mesmo tempo em que, na segunda metade dos anos de 1970, ocorre a ampliação da rede hospitalar privada no Brasil.

No que se refere à formação dos trabalhadores na saúde, o poder público deu ênfase ao treinamento nos níveis elementar e técnico,

---

<sup>6</sup> Em termos mais amplos, as dificuldades do setor derivavam-se da crise do capitalismo mundial nos países centrais, que teve influência na falência do “milagre econômico” (1968-1974). Nos serviços de saúde, a crise se expressou na baixa eficácia da assistência médica, no alto custo do modelo hospitalar e na reduzida cobertura das necessidades da população (Paim, 2008).

<sup>7</sup> A proposta do modelo comunitário imbrica-se com os pressupostos da medicina preventiva, bem como com as medidas de racionalização propagadas pela Opas, com as quais se confunde, em sua origem e nas formas de divulgação (Donnangelo e Pereira, 1976; Teixeira, 1998). Porém, enquanto a medicina preventiva tinha como principal foco de mudança a formação médica, o modelo comunitário ampliou o campo de atuação do sistema de saúde, abarcando uma nova forma de prestação de serviços.

considerando que alguns serviços, antes realizados por profissionais de nível superior, deveriam ser repassados para os demais membros da comunidade (Pronko et al., 2011).

Apesar do caráter compensatório dos projetos implantados, alguns deles permitiram ao movimento da Reforma Sanitária extrapolar os muros das universidades e fortalecer os laços com outros movimentos sociais. Escorel (1999) afirma que a possibilidade de articulação entre um projeto de governo que visava ampliar a cobertura de forma simplificada e as propostas progressistas que objetivavam a transformação da sociedade deu-se, em grande medida, por causa da militância de lideranças que propunham a transformação das instituições do Estado autoritário.

Nesse sentido, o Projeto Montes Claros, implementado no estado de Minas Gerais em 1976, representou uma tentativa de concretizar uma proposta que, ao mesmo tempo em que se utilizava da máquina estatal, propunha uma forma alternativa de organização do sistema de saúde. Com o projeto, foi possível experimentar “a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular” (Escorel, 1999, p. 146).

A equipe de saúde era composta por diversos profissionais; no entanto, a figura-chave não era mais o médico, e sim o agente de saúde. Por um lado, essa era uma maneira de racionalizar o atendimento, com a contratação de uma mão de obra barata; por outro, constituía uma oportunidade para um maior entrosamento entre o movimento da medicina social e a participação popular. Nesse sentido, Escorel (1999) destaca que a opção pela contratação de trabalhadores sem maior experiência na área da saúde permitiu a abertura para novas concepções de organização do sistema. Com efeito, como destacam Lima e Braga (2006), o “profissional” leigo foi escolhido por seu potencial transformador, ou seja, por ser o elo articulador das demandas e da organização popular. Nesse sentido, o que se buscava era a sua identificação com o programa, cuja referência era o trabalho comunitário.

Em sua formulação oficial, o projeto restringia a participação comunitária à possibilidade de ampliação da cobertura. Contudo, seus executores tomaram essa orientação como uma possibilidade para a formação de uma consciência crítica nas comunidades, tendo como aporte teórico Paulo Freire. Assim, em vez dos treinamentos instrumentais relacionados a cuidados específicos, optou-se por trabalhar o conceito de saúde de forma mais ampla, com ênfase nas condições de vida da população regional, na estrutura de poder nos municípios e nos monopólios de saber, característicos da medicina (Somarriba, 1995). Nesse sentido, o treinamento dos agentes se transformou

[...] numa espécie de curso para formação de agentes “revolucionários”, para mobilizar e conscientizar o povo. Esperava-se realizar, com esses agentes, verdadeiras transformações nas relações político-sociais, levando o povo, através da discussão de temas ligados à saúde, a um grau de consciência e de organização suficiente para modificar a sua condição de vida. (Machado apud Escorel, 1999, p. 144)

Esse movimento de conscientização trouxe para o interior do projeto antagonismos entre a concepção de saúde vinculada ao projeto e a concepção da população. Enquanto o projeto privilegiava uma medicina preventiva e curativa, com a incorporação do trabalho comunitário, a população demandava o atendimento médico curativo e medicamentos nos postos de saúde. Também houve enfrentamento entre os agentes e os prefeitos locais, gerando demissões. Além disso, não raramente esses trabalhadores acabaram por estabelecer alianças com políticos locais, em detrimento dos laços que mantinham com a equipe de saúde (Escorel, 1999; Lima e Braga, 2006).

Contudo, não há como deixar de ressaltar que, a despeito dessas contradições, a principal contribuição do projeto foi dar visibilidade a uma proposta alternativa de organização dos serviços de saúde e aglutinar em torno dos seus ideais novos sujeitos políticos. Cabe acrescentar

que o Projeto Montes Claros foi incorporado ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass), implantado principalmente nos estados nordestinos em 1976. A partir daí, o processo de interiorização das ações de saúde se intensificou, inclusive sob o estímulo da Conferência de Alma-Ata, realizada pela organização Mundial de Saúde em 1978, que contribuiu decisivamente para ampliar a reflexão sobre a necessidade de formação de trabalhadores técnicos, visando intensificar a cobertura às populações não contempladas pelo sistema oficial de saúde.

Na verdade, [...] o trabalho com pessoas da comunidade no setor saúde, vinculadas tão intrinsecamente, sendo líderes comunitários, não é invenção do Ministério da Saúde, nem é do Brasil. Existem alguns antecedentes no mundo. Acho que a Conferência de Alma-Ata, com a perspectiva de saúde para todos, no ano 2000, foi determinante para que, no Brasil, essas experiências se consolidassem – existem relatos de experiências [...] da década de 1970, antes mesmo da Conferência de Alma-Ata. O agente comunitário de saúde é um trabalhador que se assemelha ao visitador sanitário que, em algum momento, existiu na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública [Fundação Sesp]. Mas é um trabalhador que vem com uma perspectiva diferente, por ser uma pessoa que se vincula à comunidade por morar nela. Alguns países tiveram essa experiência também. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

Pode-se depreender que o papel dos agentes de saúde nos projetos acima mencionados – o de Montes Claros e o Piass – era o de fazer a mediação entre as necessidades das comunidades locais e um movimento mais amplo de transformação da sociedade. Por certo, havia várias visões sobre a atuação dos agentes. Nesse sentido, Stotz (2005) afirma que havia uma identificação entre comunidade e sociedade, vale dizer, que a participação da comunidade era entendida como condição



primordial para se transformar não só o sistema de saúde, como também a própria estrutura da sociedade rumo à redemocratização.

Outro sujeito político coletivo importante na constituição dos ACSs foi a Igreja Católica, que, como destaca Fontes (2008), estimulava uma associatividade de base popular, oscilando entre um “comunitarismo” messiânico e a politização, por meio de questionamentos sobre as bases sociais da dominação que ganham corpo, principalmente, com a Teologia da Libertação.

### **Estado, Igreja Católica e mediação da comunidade**

Ao menos desde os anos 1970, as comunidades eclesiais de base (CEBs) foram uma das principais formas encontradas pela Igreja de se fazer presente na trama social, buscando, a um só tempo, uma sintonia com os desafios do mundo moderno, no sentido de atualizar a fé, e uma aproximação a determinadas demandas da classe subalterna (Sant’Anna, 2005, p. 256).

Doimo (1995) destaca o papel das pastorais da Igreja Católica no campo da saúde, nas quais a princípio se realizavam ações de cunho assistencial, inspiradas em métodos naturalistas, com a utilização de plantas medicinais, remédios caseiros etc. No entanto, como salienta a autora, o trabalho da Igreja não era homogêneo, e vai se transfigurando ao se articular com as novas experiências do movimento popular de saúde, profissionais de saúde, ativistas de esquerda, entre outros, passando a se orientar pelo discurso dos direitos à cidadania. A experiência das CEBs acabou por encorajar a auto-organização das bases e questionou a manipulação política e o paternalismo estatal (Coutinho, 2004).

Com efeito, Tereza Ramos, ex-diretora da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), narra que a sua primeira experiência como agente de saúde em Recife ocorreu com o seu engajamento na pastoral e no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco.

Selecionavam-se grupos na comunidade que, mediante breve treinamento, atuavam com mulheres gestantes, grupos de crianças e pessoas idosas com hipertensão e diabetes: “eram pessoas da comunidade. Havia o grupo técnico que nos acompanhava, com enfermeiro, médico, padre e freira. A religião era muito forte” (Ramos, 2007, p. 330).

O trabalho nas pastorais acaba ganhando maior amplitude ao se somar a várias outras experiências de saúde comunitária que se substanciam nos Encontros Nacionais em Medicina Comunitária (Enemecs). Stotz (2005) ressalta que a progressiva participação de vários atores sociais nesses encontros foi significativa da passagem da troca de experiências para uma reflexão mais crítica quanto à necessidade de uma mudança no modelo de atenção. Nesse sentido, o autor destaca que no I Enemec, realizado em 1979, a atuação dos profissionais de saúde foi majoritária; no segundo, já havia uma forte articulação com os grupos populares de saúde; e em 1981, no III Enemec, resolve-se transformá-lo em Movimento Popular de Saúde (Mops). Avança-se, dessa maneira, na luta pelo direito à saúde. Tereza Ramos, quando entrevistada para esta pesquisa, realça a importância desse movimento na formação política dos agentes:

Nós transformamos o III Enemec em movimento popular de saúde. Tiramos a palavra Enemec e passou a ser Movimento Popular de Saúde, já com a participação muito forte desses grupos de saúde das comunidades, formados por moradores das comunidades. Aquelas pessoas até então tidas como leigas na questão de saúde, passam a assumir o movimento popular de saúde. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

É interessante notar, nesse depoimento, como o engajamento político mais amplo passa a dar outro sentido à participação, relacionando o trabalho dos agentes com a luta histórica pela democratização da saúde no Brasil. De acordo com Ramos (2007), a questão da saúde

ganhou maior amplitude a partir desses encontros, sendo discutida não só como ausência de dor, mas também como uma condição de vida melhor. Passa-se de uma visão de cunho religioso para uma maior politização do movimento: “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, era agente de saúde e juntávamos ali, no Movimento Popular de Saúde” (Ramos, 2007, p. 330).

O Mops vai, gradativamente, ganhando terreno no plano nacional, tendo tido importante participação na VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília, em 1986, entre os dias 17 e 21 de março, e que teve como tema central “Democracia e saúde”. A conferência pode ser 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. Esses princípios orientaram os trabalhos constituintes, culminando na incorporação ao texto constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado:

Nós tivemos uma participação muito importante – eu gostaria de destacar isso – na VIII Conferência Nacional de Saúde [...]. Foi a retomada das conferências, que até então estavam paradas [...]. Foi um dos momentos importantes do Mops [...]. A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história de saúde do país, ao menos no meu conhecimento. Lendo-se o relatório dessa conferência, pode-se verificar que 50% do que nela foi decidido tornou-se lei, está hoje na Constituição. O que nós temos de legislação de saúde – e é uma legislação bastante avançada – foi fruto da VIII Conferência Nacional de Saúde. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

O cumprimento desses princípios implicou a reorientação da política de recursos humanos, recomendando-se remuneração condigna

e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos diferentes níveis de governo; capacitação e reciclagem permanentes; admissão por meio de 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, 1986, p. 19).

### **Sociedade civil, comunidade e qualificação dos ACSs na década de 1990**

Se na década anterior os movimentos sociais se haviam caracterizado por uma postura reivindicativa, cobrando do Estado uma série de direitos negados à classe trabalhadora, nos anos 1990 assiste-se à gradativa despolitização desses movimentos, que passaram a se pautar pela possibilidade de ação conjunta com o Estado (Dagnino, 2002). Buscasse analisar a seguir o redirecionamento político e ideológico sofrido pelo conceito de comunidade, que passa a ser entendido como lócus da sociedade civil, ou seja, como instância separada do Estado, bem como as implicações dessa rotação sobre a qualificação dos agentes, aí incluídas aquelas voltadas para a qualificação dos ACSs.

### **Considerações sobre o conceito de sociedade civil no Brasil de hoje**

A apropriação do conceito de sociedade civil pelo discurso neoliberal e sua reprodução de forma acrítica e banalizada é fundamental para a análise dos processos de produção do consenso nas sociedades capitalistas contemporâneas em torno das ideias que fundamentam a *nova-velha* ordem mundial. Hoje, segundo Wood (2003), frequentemente nomeia-se sociedade civil um espaço de liberdade, ainda que potencial,

dissociado do Estado e no qual, diferentemente desse, impera a autonomia, a livre associação e a pluralidade, possibilitadas pela democracia de caráter formal,<sup>8</sup> característica das sociedades ocidentais.

Assiste-se em todo o planeta, e também no Brasil, à ressignificação da concepção de sociedade civil, que passa a estar pautada nos valores de um mundo globalizado no qual as lutas de classe parecem carecer de realidade material. A sociedade civil transforma-se no terreno mítico de seres organizados segundo os mais variados interesses comuns, engajados em expandir direitos de grupo e de segmentos populacionais, especializados em demandas específicas e desvinculados de projetos coletivos.

Nesse contexto, a prática e a análise dos movimentos sociais acabaram por se distanciar da perspectiva de classe social. Deriva daí o entendimento da sociedade civil como lócus que, supostamente, expressa uma enorme variedade de demandas específicas. Por isso mesmo, essas demandas, cuja importância reside no fato não apenas de terem evidenciado questões marginalizadas nas políticas keynesianas, mas também de terem questionado uma visão economicista do marxismo, são comumente denominadas novos movimentos sociais e buscam pressionar o Estado para a incorporação de grupos contemplados de forma subordinada pelas políticas sociais e enfatizar relações de poder não diretamente ligadas às relações de produção. No Brasil, a pauta desses movimentos incluiu direitos sociais – saúde, educação, saneamento etc. – há muito conquistados nos países centrais.

Fontes (2006) assinala que esses movimentos sociais teriam procedido no país a uma identificação entre forma de governo e Estado. Assim, contrapondo-se de início ao autoritarismo dos governos militares, acabaram por se distanciar do entendimento de que um momento importante da luta popular é o da ampliação dos direitos no Estado. Ter-se-ia supervalorizado o poder da sociedade civil, desconsiderando-se

---

<sup>8</sup> Em linhas gerais, a democracia formal valoriza a maneira e a forma, e não o conteúdo da democracia, isto é, como ela se traduz na vontade da maioria.

que a mesma também constitui importante espaço de consolidação da hegemonia burguesa.

Vale a pena ressaltar que se assiste atualmente ao desmonte de direitos duramente conquistados pela classe trabalhadora. Assim, se por um lado os chamados novos movimentos sociais possibilitaram colocar em relevo demandas específicas antes postas à margem, por outro contribuíram para o esmaecimento de uma luta mais orgânica, na medida em que se desvincularam de um projeto de transformação da sociedade. Acrescente-se ainda que a crise da sociedade do bem-estar está diretamente vinculada à impossibilidade de o Estado capitalista atender universalmente às demandas sociais. Em concordância com Wood (2003), é preciso ressaltar que a ampliação da democracia no seu sentido pleno vai de encontro ao projeto do capital.

Abandona-se assim, de forma paulatina, uma visão mais ampla sobre os determinantes sociais que envolvem as contradições na sociedade capitalista e passa-se a utilizar conceitos – o de comunidade, por exemplo – como um meio para compreender a forma como os conflitos sociais afetam a vida pessoal, o tempo e o espaço no cotidiano (Chinelli e Freire-Medeiros, 2003).

## **O processo de profissionalização dos ACSs e o seu viés comunitarista**

A partir dos anos 1990, o Estado brasileiro passou por transformações advindas da crise de acumulação e reprodução do capital, que, no cenário internacional, lançou as bases para que o receituário neoliberal impregnasse a prática econômica dominante. Segundo esse ideário, as raízes das dificuldades que o capitalismo vinha enfrentando deviam-se aos excessos das intervenções do Estado na economia e ao poder dos sindicatos. Com isso, passou-se a receitar medidas que solapassem os principais pilares do Estado de bem-estar europeu e o nacional-de-

envolvimentismo que caracterizaram, em décadas anteriores, o Brasil e outros países latino-americanos.

A solução da crise estaria impondo um conjunto de reformas cujo objetivo seria o da retomada das bases de acumulação do capitalismo (Anderson, 1995). O ajuste fiscal de caráter macroestrutural foi considerado a estratégia ideal para redirecionar o Estado no sentido da redução dos recursos para áreas sociais, destinando-os de forma prioritária à expansão do capital financeiro e ao pagamento de juros e amortizações da dívida externa aos credores internacionais. Essas medidas foram acompanhadas da redução da proteção jurídica das relações de trabalho, que levou à intensificação da exploração da força de trabalho, e da redução de recursos para as políticas sociais, liberando-as para a investida maciça do setor privado.

Diante de um contexto tão desfavorável à classe trabalhadora, o projeto da Reforma Sanitária passa a ser revisto. Vários autores (Faveret Filho e Oliveira, 1990; Mendes, 1994; e Fleury, 1997, por exemplo) destacam que a orientação liberalizante e privatista se contrapôs à base legal das políticas de cunho universalista, abrindo espaço para a implantação predominante de políticas de alcance limitado e restritivas dos gastos governamentais. Mendes (1994, p. 80) afirma que, em paralelo às conquistas do movimento da Reforma Sanitária, foi se estabelecendo uma “universalização excludente”, ou seja, a expansão da universalidade do sistema veio acompanhada pela racionalização e pela queda na qualidade dos serviços públicos.

No início dos anos 1990, a universalização do SUS apresentava-se como um desafio ainda maior. Com a eleição de Fernando Collor de Mello – em cujo governo foi criado o Pnacs, como mencionado –, o projeto neoliberal tornou-se hegemônico, com o que se favoreceu o crescimento da medicina supletiva, que passou a atender à classe média e aos profissionais qualificados, ficando o subsistema público de saúde voltado principalmente para o atendimento da população de baixa renda.

A incorporação dos ACSs a esse programa trouxe à discussão a questão da sua identidade profissional. É de se ressaltar que as entidades ligadas aos trabalhadores da enfermagem – Associação Brasileira de Enfermagem, Federação Nacional dos Enfermeiros e União Nacional de Técnicos de Enfermagem – representaram importante sujeito coletivo, cuja atuação no processo foi pautada pela polêmica questão do relacionamento dos ACSs com a estrutura profissional da enfermagem. Considerando que algumas práticas desses trabalhadores podiam ser identificadas às desses profissionais, a preocupação dessas entidades nacionais era de que a incorporação dos ACSs pudesse significar o aumento do contingente de trabalhadores sem qualificação (Silva e Dalmaso, 2002b). Tudo indica, porém, que se tratou de um movimento de características corporativas, cujo objetivo, mesmo que não explícito, foi delimitar e resguardar um campo de atuação profissional. A incorporação dos ACSs poderia acarretar a desvalorização da qualificação dos enfermeiros, com a conseqüente repercussão salarial.

É possível que o viés comunitário dos agentes tenha sido mais enfatizado a partir do Pnacs, a fim de se delimitar a especificidade de sua atuação, diferenciando-os, o que permitiria a sua incorporação como trabalhador da saúde sem implicar com isso substituir ou preencher o espaço ocupado por outros grupos profissionais. Tereza Ramos compartilha dessa ideia, ao destacar que foi a partir do Pnacs que o adjetivo “comunitário” é adicionado à denominação desses agentes de saúde, de forma a ressaltar a diferença entre a atuação dos ACSs e a atuação dos agentes de endemias que integravam a Fundação Nacional de Saúde:

Com o tempo, nós começamos a ver que agente de saúde se referia ao pessoal da Fundação Nacional de Saúde, e o nosso trabalho não era igual ao do pessoal da fundação. E nós colocamos, então, a palavra “comunitário”. A palavra “comunitário” vem de 1990 para cá, quando colocamos agente comunitário de saúde. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)



É possível também – aliás, bastante provável – que a ênfase na identidade comunitária dos ACSs a partir do Pnacs tenha sido acionada como forma de evitar que esses agentes estabelecessem uma relação contratual direta com o Estado, na suposição de que, como funcionários públicos, perderiam a singularidade do seu trabalho. Contudo, pode-se afirmar que a incorporação do adjetivo comunitário aos agentes de saúde é hoje acionada no contexto de políticas sociais focalizadas neles e restritivas nos gastos – inclusive porque acabam por se valer, no caso em questão, do trabalho baseado em habilidades socialmente construídas no âmbito doméstico, realizadas por mulheres mediante baixa remuneração. Esse é um procedimento frequentemente acionado pelo capital em situações de retração econômica, conforme fica claro na declaração do ex-secretário de Saúde do Ceará, doutor Carlyle Lavor, citado por Nogueira, Silva e Ramos (2000), sobre a seleção das agentes:

Sempre nas emergências se empregam os homens, mas há muitas mulheres que não têm marido, que são as donas da casa. Então sugerimos empregar 6 mil mulheres, esse era o cálculo que tínhamos feito de agentes de saúde necessários para o estado. Foram selecionadas 6 mil mulheres dentre aquelas mais pobres, escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, Igreja e representantes do estado e município. Definimos coisas muito simples e que eram muito importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar o soro oral. Assim, em quatro meses, treinamos 6 mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional. O mais importante era que fossem pessoas que a comunidade reconhecia, mulheres que merecessem o respeito da comunidade. (Apud Nogueira, Silva e Ramos, 2000, p. 4)

Nessa perspectiva, a inserção dessas mulheres no Pnacs é apresentada como forma de geração de renda para segmentos com dificuldades de competir por um posto no mercado formal de trabalho e

configura uma tentativa do poder público para manter a coesão social, possibilitando, a um só tempo, uma renda mínima aos desempregados e a redução dos agravos à saúde decorrentes da própria falta do Estado na solução desses problemas.

Com a implantação do Pnacs, o trabalho dos agentes, que até então havia sido essencialmente de caráter voluntário, passa a estar mais estruturado, demarcando-se pouco a pouco a sua especificidade e estreitando-se também o vínculo dos ACSs com as famílias atendidas. Com isso, amplia-se seu espaço de atuação. Como destaca Tereza Ramos:

O nosso trabalho na pastoral, por ser voluntário, era exclusivamente com grupos organizados por faixa etária, por problemas de saúde. Por exemplo: grupo de hipertensos, grupo de diabéticos, de gestantes, de mulheres. Como éramos voluntários, não fazíamos a visita nas casas, a não ser para visitar alguém que participasse daquele grupo e que, por exemplo, tivesse tido bebê. Fazíamos a visita aos sábados ou aos domingos, que eram nossos dias livres. No Pacs [Programa de Agentes Comunitários de Saúde] continuamos com esse trabalho, e passamos a fazer a visita domiciliar, casa a casa, mês a mês. Já tínhamos um espaço maior de conversação com as famílias. Antes conversávamos com aquele que vinha até o grupo; a partir do Pacs, conversávamos com quem estivesse em casa. Às vezes, encontrávamos só uma criança na casa, mas conversávamos com ela. Com o Pacs, a quantidade de informações passou a ser muito maior. Nós começamos a trabalhar em um ângulo muito mais amplo: divulgar, informar, orientar. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

Como ressalta Afra Suassuna, do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), se, no começo, as atribuições dos ACSs se restringiam a determinados grupos, com a ampliação da cobertura somaram-se novas demandas, que complexificaram a sua atuação.

O agente comunitário de saúde surge de uma série de fatores que confluem para identificar esse trabalhador e o que ele pode fazer. Ele trabalhou prioritariamente com esses dois grupos [refere-se ao atendimento materno-infantil]. Hoje, tem-se um trabalhador que, além desses grupos, trabalha com as prioridades da atenção básica como um todo. Ele deixou de ser aquele que faz a vigilância e, portanto, a promoção da saúde do grupo materno-infantil, para fazer uma intervenção na família. E mais do que isso: uma intervenção na comunidade. Ele participa da atividade coletiva de promoção da saúde, fazendo caminhadas com as famílias da sua área de abrangência. Trabalha numa perspectiva da atenção à saúde do idoso. Ele já tem conhecimentos do risco que envolve o fato de ser hipertenso ou diabético. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

Assim, em meio ao que se denominou de a crise da saúde dos anos 1990, a incorporação dos ACSs ao Pacs e, posteriormente, ao Programa Saúde da Família (PSF) apresentava-se como uma possibilidade de responder, ao menos em parte, ao aumento da demanda por serviços de saúde. Se durante a década de 1980 colocava-se ênfase nos determinantes sociais como principal fator da doença, a partir dos anos 1990 outras concepções teóricas ganham corpo. As análises de cunho marxista são questionadas pelas críticas às abordagens estruturalistas, que enfatizavam os aspectos econômicos, reforçadas pela derrocada do socialismo real. Nesse contexto, passa-se a apostar em novas formas de compreensão da realidade na tentativa de avançar na construção do SUS.

No que diz respeito à reconceitualização das práticas de saúde, começam a ganhar destaque aspectos que privilegiam a influência da dimensão sociocultural e psicobiológica. Novas propostas sobre a organização dos serviços são aventadas, buscando-se superar o enfoque da determinação social, restrito à estrutura produtiva, trabalhando-se a organização social da prática médica e as relações de poder nas instituições (Paim, 2008).

Autores como Merhy (2002) e Campos (2000), entre outros, passam a analisar, com perspectivas diferentes, o setor saúde como menos afeito à interferência da racionalidade capitalista, tendo por isso mesmo maior capacidade de dirimir, ao menos em parte, os efeitos das políticas econômicas nas situações de trabalho e na vida da maioria da população brasileira. Essas análises, que se preocupam com o desenvolvimento de potencialidades transformadoras nas práticas de saúde, surgem como tentativa de revisão da racionalidade gerencial hegemônica, que se traduziu de forma acrítica na organização de serviços de saúde, implicando a fragmentação do trabalho, a normatização das atividades e a impossibilidade de reconstrução dos processos de trabalho.

Na interpretação desses autores, o Programa Saúde da Família atua nesse sentido, e eles aventam a possibilidade de que esse programa seja um caminho de transição para a consolidação do SUS. Com a criação do PSF em 1994, os ACSs passam a integrar equipes de saúde compostas também por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A positividade atribuída ao programa está relacionada com o seu enfoque, advindo da crença de que ele pode romper com uma visão de saúde restrita, alargando-se o centro da atenção do indivíduo para a família, e atuar preventivamente na intervenção em saúde. A intervenção médica seria também modificada pela integração com a comunidade. Assim, em meio às políticas de cunho neoliberal, buscava-se avançar, dentro do possível, na construção do SUS.

Essas discussões no campo da saúde foram importantes por colocar em relevo a potencialidade dos sujeitos envolvidos na prática de saúde para a mudança do sistema. No entanto, passa-se, progressivamente, a secundarizar, e até mesmo a desconsiderar, os determinantes históricos que materializam essas relações, o que facilmente pode coadunar-se com as propostas neoliberais para o setor, na medida em que acaba por limitar a análise a um questionamento do indivíduo no cotidiano do trabalho, perdendo-se as múltiplas determinações que o configuram.

## O ACS como elo entre o Estado e a comunidade/sociedade civil

É de se notar que ocorreu, sobretudo durante os dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002), a radicalização da política de cortes nos gastos públicos sociais e a desresponsabilização do Estado, mediante propostas de descentralização da prestação de serviços; delegação pelo Estado de atribuições da política social a entidades civis filantrópicas, empresas e organizações não governamentais; e substituição da universalização dos direitos sociais pela concentração dos gastos públicos nas populações de baixa renda (Boito Jr., 1999).

No Brasil, o ideário neoliberal norteou a reforma do aparelho de Estado, redefinindo a sua relação com a sociedade e o mercado. Segundo o diagnóstico do Governo Fernando Henrique Cardoso, o Estado passava por diversas crises: crise do modo de intervenção e crise do modelo burocrático de gestão pública. Diante do déficit público e da necessidade de equilíbrio fiscal para captar empréstimos externos, os países periféricos se adequaram à ótica neoliberal, implantando programas e reformas necessários para se inserirem, de forma subordinada, na economia mundial globalizada.

Neves (2005b) assinala que as transformações acarretadas pela reforma do Estado foram acompanhadas de uma nova pedagogia da hegemonia por meio da qual se objetiva redefinir o padrão de politização fordista, disseminado no mundo e também no Brasil, mediante o neoliberalismo da terceira via. Para caracterizar essa reorientação dada ao modelo neoliberal, Neves analisa o pensamento de Giddens (1999), que sintetiza as orientações políticas forjadas para o alívio à pobreza.

Segundo a autora, são três os principais movimentos construídos para a obtenção do consenso em relação às políticas neoliberais. Em um primeiro movimento, busca-se fomentar um tipo de participação restrita, que, na maioria das vezes, caracteriza-se por soluções individuais, de forma a dar ênfase a novas formas de cidadania

que privilegiam o engajamento aos problemas ligados a demandas pontuais e locais. O segundo movimento tem como objetivo dismantelar ou refuncionalizar os aparelhos privados de hegemonia da classe trabalhadora, buscando forjar um novo consenso em torno da precarização do trabalho e da desregulamentação dos direitos trabalhistas. O último movimento consiste no estímulo à organização de grupos não diretamente ligados às relações de trabalho, tais como movimentos de mulheres, homossexuais, da terceira idade etc., o que levou à fragmentação, à focalização e à privatização das políticas sociais. A autora exemplifica como significativas dessas orientações “ações como projetos de autoajuda, estímulo a um conceito de cidadania restrita, ênfase em ações destinadas à valorização de demandas e espaços comunitários e locais” (ibid., p. 35-36).

Pode-se destacar como política emblemática do neoliberalismo da terceira via no Brasil o Programa Comunidade Solidária, instituído no primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1998) sob a justificativa da necessidade de promover maior “eficiência” nas políticas sociais. Implementado por meio de parcerias com a sociedade civil, orienta-se pelo princípio da solidariedade para somar esforços no combate à pobreza e à exclusão social (Silva, 2001; Neves, 2005b).

Dessa perspectiva, é possível dizer que a ideia de comunidade que nomeava o programa abarca, além de um sentido restrito relacionado às áreas de extrema pobreza onde deveriam ser realizadas as ações, um sentido ampliado que remete à sociedade como um todo, tendo como âncora a ideologia da solidariedade, exercitada pelas parcerias com os diversos setores da sociedade. Com isso, construir-se-ia o que Giddens (1999) chama de sociedade de bem-estar ou, conforme o lema do programa, a sociedade de “todos por todos”, forjando-se um discurso que encobre as lutas sociais e que se sustenta no apelo à solidariedade intragrupos.

Na formulação e nas ações implementadas pelo Comunidade Solidária, estava embutida a crítica às políticas executadas diretamente

pelo Estado. Partia-se da visão de que um Estado assistencialista não é capaz de romper com a situação de pobreza, e que lhe cabia “ensinar o povo a pescar” mediante pactos de solidariedade. Não por acaso, o foco do programa estava na geração de renda, responsabilizando a população atendida que, com a ajuda de parceiros, deveria construir formas criativas de sobrevivência (Sousa, 2001).

Foi nesse contexto que, em 1997, o Programa Saúde da Família deixou de estar restrito a determinadas regiões do país, sendo reconfigurado como estratégia voltada para a remodelação do sistema de atenção à saúde em seu conjunto, passando, por isso mesmo, a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Para os setores progressistas da sociedade brasileira, a concepção do PSF como estratégia era significativa da maior abrangência do programa, com vistas à universalização do SUS. Considerava-se a atenção básica não só como porta de entrada para os demais graus de complexidade do sistema, como também uma maneira de integrar as ações de cunho coletivo com as ações clínicas. Seria possível com isso expandir e consolidar uma visão mais ampla da saúde, o que permitiria a superação do modelo hospitalocêntrico e maior integração entre as ações dos profissionais de saúde e destes com os usuários do sistema (Matta, 2007).

A integração que o Programa Comunidade Solidária buscava desenvolver, no entanto, era de novo tipo: apostava-se na parceria e na solidariedade de todos para a construção de uma sociedade harmônica. Ao ser alçado a estratégia, o PSF passou a orientar-se pelos mesmos princípios do Comunidade Solidária: a solidariedade e a parceria como base do novo formato de gerenciamento da saúde.

Nesse contexto discursivo que conclamava ao envolvimento de todos na promoção do bem-estar coletivo, o papel dos ACSs passa a ser mais fortemente ressaltado, pois, como se destacou no decorrer do texto, os agentes, seja pelo viés da militância seja pela ação da Igreja, sempre foram valorizados por seu perfil ligado à comunidade, com a qual, por sua vez, teriam capacidade de engendrar laços de

solidariedade, transformando-se em atores-chave na consolidação de novas formas de organização do sistema de saúde.

Cabe notar que a concepção de público vai ganhando com isso um novo significado, o de “setor público não estatal”, também designado como terceiro setor, que se ocuparia em implantar políticas sociais por meio de parcerias, não importando a natureza jurídica das organizações comprometidas na sua execução. Assim, não por acaso ocorre uma enorme expansão dos seguros privados de saúde, que se beneficiam duplamente com essa política: por um lado, o subfinanciamento do SUS acaba por expulsar do sistema uma clientela potencial para esses grupos; por outro, essas empresas seguradoras são privilegiadas por financiamentos diretos e indiretos, mediante subsídios e isenções fiscais, o que acaba gerando uma crescente “cisão entre uma assistência para ricos e remediados financiados privadamente (e subsidiados pelo setor público por políticas de renúncia fiscal) por planos e seguros de saúde e uma assistência para pobres financiada por recursos fiscais, administrada dentro da lógica do SUS” (Noronha e Soares, 2001, p. 450).

Tudo isso indica que os termos “participação” e “sociedade civil” mudam substancialmente de significado, deixando de denotar “a predisposição coletiva para organizar novas formas de Estado e de comunidade política, de hegemonia e de distribuição de poder” (Nogueira, 2005, p. 57) e passam a ser a tradução “concreta da consciência benemérita dos cidadãos, dos grupos organizados, das empresas e das associações” (ibid.). É nesse contexto que ganham notoriedade as noções de voluntariado, solidariedade e responsabilidade social corporativa que despoltizam as ações e as organizações de participação e representação social. Acrescente-se que o apelo à parceria valoriza novas formas de gerenciamento que incluem a sociedade civil, configurando formas de atuação em espaços nos quais o Estado não teria condições de operar sozinho.

A ênfase dada aos ACSs no Comunidade Solidária caminha nesse sentido, como podemos depreender da fala da então secretária executiva do programa, Ana Maria Peliano:



No Comunidade Solidária nós sempre tivemos a preocupação de valorizar a figura do agente comunitário, porque víamos que era uma coisa nova, uma alternativa de atendimento da população, de sair daquele atendimento burocrático do servidor público para ser um atendimento com gente da própria comunidade, com envolvimento comunitário. (Apud Nogueira, Silva e Ramos, 2000, p. 13)

A definição do perfil dos ACSs como elo entre o Estado e a comunidade, agora entendida como instância da sociedade civil, sofreu forte influência do trabalho intitulado *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis* (Nogueira, Silva e Ramos, 2000). Morosini (2009) destaca que esses autores, por serem pesquisadores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea),<sup>9</sup> tiveram forte influência na formulação tanto do citado programa quanto das propostas de qualificação dos ACSs. Por isso mesmo, podem ser considerados intelectuais orgânicos da vertente solidarista da sociedade civil e lograram disseminar no campo da saúde o perfil social desses agentes, configurados como trabalhadores *sui generis*:

O ACS pode ser visto como um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas não restritas ao campo da saúde, ao contrário do que ocorre com outros trabalhadores do SUS. Tem um perfil social composto basicamente por sua capacidade de liderança e uma história de iniciativas na linha da ajuda solidária intracomunitária, exigência de seu processo de recrutamento, seleção e avaliação contínua. Portanto, como requisito da política que lhe deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACSs tem de ser ancorado nesse perfil social. Devido a essas características, que valem para todos os contextos de desenvolvimento econômico-social dos municípios, o ACS constitui um trabalhador *sui generis*. (Nogueira, Silva e Ramos, 2000, p. 26)

---

<sup>9</sup> O programa Comunidade Solidária contou com o apoio técnico do Ipea.

Contrários à vertente das políticas sociais que denominam utilitarista, políticas que definem como aquelas que pressupõem ter o Estado uma dívida social para com a população – o qual, por isso mesmo, no caso da saúde, deveria prover os meios necessários tanto no que diz respeito aos equipamentos e insumos quanto para proporcionar os recursos humanos necessários à promoção/prevenção da saúde – Nogueira, Silva e Ramos (2000) põem ênfase na versão solidarista do papel dos ACSs, vislumbrando um novo paradigma de política social concentrada na potencialidade solidária da sociedade civil. Segundo esses autores, os ACSs seriam o modelo de uma nova concepção de política que ainda não se teria consolidado, pois dependeria de iniciativas de solidariedade por parte das instituições.

Montaño (2003) destaca que a solidariedade no modelo fordista/keynesiano de sociedade era entendida como obrigação do Estado, o que remetia a uma atividade compulsória, necessária e exigida por leis, relacionada a valores altruístas e voluntários. Segundo o autor, na atual conformação do capitalismo, a valorização do desenvolvimento dos laços de solidariedade, particulares, voluntários e categoriais evidencia “tanto a recusa ao princípio de solidariedade baseada em direitos universais quanto a recusa da solidariedade de classe” (ibid., p. 167).

Em síntese, não é ocioso assinalar que os ACSs atuam em meio a uma contradição: são profissionais cuja função é a de serem solidários e disseminarem hábitos que visem à preservação da saúde em um ambiente marcado pela falta de condições dignas de vida. Esse paradoxo entre uma política efetiva de atuação de cidadania nesses locais e um discurso que enfatiza a necessidade da solidariedade dos trabalhadores com os usuários tenciona, a todo momento, o trabalho desses agentes. Por serem moradores da comunidade e terem uma relação de vizinhança com os usuários do PSF, não conseguem estabelecer um distanciamento em relação aos problemas que os cercam, os quais, ao fim e ao cabo, também os afetam. De mais a mais, são constantemente cobrados pelos usuários para a solução de problemas cuja solução está muitas vezes além da sua possibilidade de atuação.

Cabe ainda notar que o discurso da solidariedade é acionado em relação aos ACSs como uma via de mão única, isto é, no se refere à sua relação com o usuário, silenciando-se quando se trata da importância da criação de laços entre os próprios trabalhadores na luta pela consolidação da profissão e na melhoria das condições de trabalho em que se encontram inseridos.

Pode-se inferir daí que a caracterização do trabalho dos ACSs ao mesmo tempo como *sui generis* e genérico é significativa das formas contemporâneas de expropriação do trabalho e da mercantilização cada vez mais acentuada de serviços antes considerados mais protegidos da obtenção do lucro a qualquer custo, como aqueles relativos à cultura, às experiências cotidianas fora da produção etc. Se no passado a precarização do trabalho era imputada à falta de desenvolvimento do país, atualmente ela passa a ser naturalizada e concebida como a única maneira de enfrentamento dos desafios de um mundo “globalizado”.

## Referências bibliográficas

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. São Paulo: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho*. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

BAUMAN, Zygmunt. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO E REFORMA DO ESTADO (MARE). *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília:

Presidência da República, Câmara de Reforma do Estado, Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1995.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em: 15 dez. 2010.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill (org.). *O público não estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

CAMPOS, Gastão W. *Um método para análise de cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CHINELLI, Filippina; FREIRE-MEDEIROS, Bianca. *Três décadas de discussão sobre algumas formas de mobilização popular no Brasil*. Princeton: Princeton University—Research Project on Urbanization and Models of Development in Latin America, 2003.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Democracia e socialismo – questões de princípio e contexto brasileiro*. São Paulo, Cortez—Autores Associados, 1992.

\_\_\_\_\_. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. 2. ed. ampl. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

\_\_\_\_\_. O Estado brasileiro: gênese, crise e alternativas. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

COUTINHO, Joana Aparecida. *ONGS e políticas neoliberais no Brasil*. São Paulo, 2004. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Estudos Pós-graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

DAGNINO, Evelina. *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

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.

DONNANGELO, Maria Cecília; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados*, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FLEURY, Sonia. Contra-reforma e resistência. In: ROCHA, Denise; BERNARDO, Maristela (org.). *A era FHC e o Governo Lula*: transição? Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2004.

FONTES, Virgínia. A democracia retórica: expropriação, convencimento e coerção. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde*: contradições e desafios em 20 anos do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. Sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

GIDDENS, Anthony. *A terceira via*: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da socialdemocracia. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GOMES, Paulo de Tarso. *Comunidade e cotidiano*: categorias e obstáculos à pesquisa em história da educação. In: JORNADA DO HISTEDBR, 8. *Anais...* São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 7-8 jul. 2008. Disponível em [http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer\\_histedbr/jornada/jornada8/trabalhos.html](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada8/trabalhos.html). Acesso em: 29 abr. 2011.

GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. V. 3: Maquiavel – notas sobre o Estado e a política.

\_\_\_\_\_. *Cadernos do cárcere*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. V. 2: Os intelectuais; o princípio educativo; o jornalismo.

\_\_\_\_\_; BRAGA, Ialê Falleiros. *Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz–Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006. Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/projeto/Relatorio%20Memoria.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2011.

HELLER, Agnes. *Além da justiça*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

LIMA, Kátia Regina de Souza; MARTINS, André Silva. Pressupostos, princípios e estratégias. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *Pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

MACHADO, Lucília. Qualificação do trabalho e relações sociais. In: FIDALGO, Fernando Selmar (org.). *Gestão do trabalho e formação do trabalhador*. Belo Horizonte: Movimento de Cultura Marxista, 1996.

MATTA, Gustavo Corrêa. A construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil (org.). *Estudos de polítecnia e saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

MATTOSO, Jorge. *O Brasil desempregado: como foram destruídos mais de 3 milhões de empregos nos anos 90*. São Paulo: Perseu Abramo, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2003.

MOROSINI, Márcia Valéria. *A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formação em disputa nos anos 2003-2005*. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MOTTA, Vânia Cardoso da. *Da ideologia do capital humano à ideologia do capital social: as políticas de desenvolvimento do milênio e os novos mecanismos hegemônicos de educar para o conformismo*. Rio de Janeiro, 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005a.

\_\_\_\_\_ (org.). *Pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005b.

\_\_\_\_\_; 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.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; MENDONÇA, Sonia Regina de. Capital social. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. *Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica e “universalista” e a dimensão social

“comunitarista”. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 6, n. 10, p. 91-93, 2002.

\_\_\_\_\_; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle Oliveira. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. (Temas para discussão, 735). Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/polrhs/Temas/td0735.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2011.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232001000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232001000200013&script=sci_arttext). Acesso em: 11 jan. 2011.

OFFE, Claus. Trabalho: uma categoria chave da sociologia? In: \_\_\_\_\_ (org.). *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

PAIM, Jairnilson. *Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PRONKO, Marcela et al. *A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011.

PUTNAN, Robert. *Comunidade e democracia*. A experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

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

RIBEIRO, Maria Edilza; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, 2004.



SANT'ANNA, Ronaldo. Igreja Católica no Brasil de FHC e Lula da Silva: tempos modernos, sonhos antigos. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *Pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana S. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002a.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002b.

SILVA, Maria Ozanira da. Comunidade Solidária: contradições e debilidades do discurso. In: \_\_\_\_\_ (org.). *O Comunidade Solidária: não enfrentamento da pobreza no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOMARRIBA, Mercês. Participação e saúde: revisitando o Projeto Montes Claros. In: FLEURY, Sonia (org.). *Projeto Montes Claros – a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

SOUZA, Maria do Socorro Alves de. A representação da questão social no programa Comunidade Solidária. In: SILVA, Maria Ozanira da (org.). *O Comunidade Solidária: não enfrentamento da pobreza no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001.

STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 3, n. 1, p. 9-30, 2005.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). *Antecedentes da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1998.

WOOD, Ellen M. *Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico*. São Paulo: Boitempo, 2003.