

A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde

Marcia Raposo Lopes
Anna Violeta Durão
Valéria Carvalho

Introdução

As questões inerentes à gestão do trabalho e da educação na saúde, embora sempre mencionadas como fundamentais para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ganham maior relevância na estrutura do Ministério da Saúde (MS) apenas a partir de 2003.¹ Relacionam-se a essas questões discussões que envolvem desde diferentes concepções acerca da qualificação dos trabalhadores da saúde e das garantias orçamentárias para financiar a formação profissional e o aumento de salários, até disputas corporativas para circunscrever nichos do mercado de trabalho.

Contudo, no que diz respeito aos agentes comunitários de saúde (ACSs), tais discussões ganham especificidade, dado que a natureza do trabalho e o perfil exigido desse trabalhador aparecem como aspectos importantes quando se debate sua formação, seu vínculo de trabalho e a demanda por uma carreira.

Acrescente-se, ainda, que o ACS é considerado um dos atores fundamentais no processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, uma vez que a ele é atribuída a capacidade de estabelecer o elo entre a “comunidade” e os serviços de saúde, questão considerada crucial nesse processo.

¹ Ver a respeito, nesta coletânea, o artigo “Trabalho e educação na saúde: a ‘questão dos recursos humanos’”, de Monica Vieira, Filippina Chinelli e Marcia Raposo Lopes.

No entanto, percebe-se que, subjacente ao consenso em torno da capacidade de mediação do ACS, encontram-se diferentes concepções de trabalho, de educação e de saúde que configuram o duelo entre projetos societários em disputa pela concepção política que orienta o processo de trabalho no qual o ACS se insere.

Em grande medida, quando se ressalta o papel mediador do ACS, acredita-se que a sua qualificação tenderá a afastá-lo do principal atributo da sua atividade, qual seja, o de ser um trabalhador que por vivenciar e compreender a cultura local tem a possibilidade de traduzir melhor os anseios da população com a qual convive. Nesse sentido, não caberia definir o seu perfil ocupacional, pois o seu fazer é imanente à sua inserção social. Já a visão que enfatiza a necessidade de o ACS se tornar um trabalhador vinculado ao poder público agrega a esse vínculo a construção de um perfil técnico que corresponde a um cargo nas suas estruturas organizacionais.

Assim, este capítulo trata do processo de qualificação dos ACSs, problematizando as concepções de trabalho e educação que lhe são subjacentes com base nas entrevistas realizadas no âmbito da pesquisa de que se ocupa este livro.² Na medida em que as atividades desenvolvidas por esses trabalhadores estão inseridas no âmbito das ações de atenção básica em saúde, considera-se necessário problematizar inicialmente as diferentes concepções que permeiam tais ações.

Concepções e disputas na reorientação do modelo de atenção à saúde

Segundo Paim (1986), a saúde depende da forma como a sociedade organiza seu modo de produção, ou seja: “A saúde, independentemente de qualquer definição idealista que lhe possa ser atribuída, é produto de condições objetivas de existência. Resulta das condições de

² Ver a respeito a introdução desta coletânea.

vida – biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho” (ibid., p. 46).

Com base nesse autor, entende-se aqui que a saúde é produzida na totalidade que constitui o modo de produção da existência social. Para tanto, parte-se da análise da relação entre trabalho e teleologia desenvolvida por Marx (1996), que, ao se referir ao processo de trabalho e ao trabalhador, ressalta:

Atuando assim sobre a natureza externa, modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza [...]. Ele [o trabalhador] não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. (Ibid., p. 202)

Nesse sentido, o trabalho é compreendido como processo dirigido por determinado projeto que tem como base o atendimento de determinadas necessidades sociais. Considerando-se que em nossa sociedade as relações sociais resultam da luta entre as classes sociais, compreende-se que existe uma disputa permanente pela direção desse processo.

A produção da saúde apresenta-se e se constitui como expressão histórica dessas tensões e disputas, das quais derivam duas concepções de saúde distintas: a que a concebe como mercadoria, como reprodutora da mercadoria força de trabalho e como mecanismo de distensionamento/conformação social; e outra, para a qual a saúde é considerada um direito que deve ser garantido a todos os seres humanos, não se restringindo à ausência de doença, e sim dizendo respeito à garantia de condições de vida plena em todas as suas dimensões.³

Compreende-se que da luta permanente mediante a qual se desenvolvem as relações sociais emergem não apenas a configuração

³ A respeito, ver Arouca, 2003.

hegemônica da forma como o Estado conduz o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde e das conquistas e avanços baseados na concepção da saúde como direito humano, mas também os obstáculos e limites colocados para alcançar tal direito. É esse processo que orienta os diferentes modelos de atenção à saúde e configura as ações da atenção básica em saúde.

Vários autores (Fausto e Matta, 2007; Matta e Morosini, 2009b; Cueto, 2004, entre outros) recuperam historicamente a constituição da atenção primária à saúde (APS),⁴ mostrando que suas distintas concepções foram produzidas pelos aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais que permearam (e permeiam) as práticas e finalidades do sistema de saúde. Eles localizam o surgimento da ideia de atenção primária no debate acerca da necessidade de constituição de um sistema de saúde hierarquizado, baseado na integralidade e com maior capacidade de resolutividade, como exposto no *Relatório Dawson*,⁵ elaborado pelo governo inglês na década de 1920.

Cueto (2004) levanta alguns aspectos que marcaram a trajetória de constituição da APS, entre os quais destaca a crise vivida pelos Estados Unidos no final dos anos 1960, a crítica à abordagem vertical da saúde e a falta de ênfase na prevenção de doenças; as pesquisas que analisaram as experiências de trabalhadores auxiliares nas ações médicas em alguns países periféricos; a experiência, também em países periféricos, dos médicos missionários da Christian Medical Commission, baseada na intervenção em comunidades e no treinamento de agentes de saúde de aldeias; a expansão e o sucesso da experiência dos médicos dos “pés descalços” na China comunista, experiência que contava com a participação de trabalhadores de saúde que moravam nas aldeias e cujo trabalho baseava-se na prevenção, em vez de em serviços curativos; o processo de descolônização dos países africanos; e os movimentos antiimperialistas.

⁴ No Brasil, utiliza-se a expressão “atenção básica” em referência à atenção primária à saúde com a intenção de se contrapor à atenção primária seletiva.

⁵ O *Relatório Dawson* é considerado um dos primeiros documentos a consolidar discussões sobre políticas públicas de saúde pautadas na criação de sistemas de saúde nacionais.

Mello et al. (2009, p. 206) destacam que a Christian Medical Commission, após apresentar várias experiências em saúde básica para a Organização Mundial de Saúde (OMS), foi convidada, em 1974, para formalizar sua colaboração nas discussões sobre APS. De acordo com os autores, em 1975 a expressão “atenção primária à saúde” foi incorporada aos documentos da OMS, que definiam a APS como um projeto de desenvolvimento social com base comunitária. Mello et al. (2009) ressaltam, entretanto, que até então ainda não estava clara, por exemplo, a diferença entre a APS e os serviços básicos de saúde (SBS). Foi apenas na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, que se consolidou a base conceitual da APS.

A concepção de APS integral formulada e defendida nessa conferência baseou-se no conceito ampliado de saúde, considerada direito humano fundamental; na participação e no controle sociais dos sistemas de saúde; na concepção de que a realização de medidas sanitárias e sociais para garantir a saúde dos povos é dever dos governos; e na necessidade de sistemas de saúde universais. Daí derivou a compreensão de cuidados primários como primeiro momento de um processo de assistência à saúde continuado e baseado na intersetorialidade e na concepção de que tais cuidados “refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública” (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Todavia, Fausto e Matta (2007) destacam que, desde Alma-Ata, já estava presente uma tensão entre as concepções integral e seletiva de APS, essa última defendida na conferência “Saúde da população e desenvolvimento”, realizada em Bellagio, Itália, em 1979. Segundo Cueto (2004), John H. Knowles, presidente da Fundação Rockefeller, foi o inspirador e patrocinador da conferência, que contou com a participação do presidente do Banco Mundial, do vice-presidente da Fundação Ford e de representantes do Fundo das Nações Unidas para a Infância

(Unicef), do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Internacional do Canadá e da Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (Usaid), entre outras organizações internacionais. Nesse evento, defendeu-se uma concepção de APS

[...] baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza. Esses programas, difundidos principalmente por organismos internacionais em países pobres, propuseram o uso de recursos de baixa densidade tecnológica, sem interface direta com os demais recursos em saúde. (Fausto e Matta, 2007, p. 50)

As disputas em torno da concepção de APS colocadas no cenário internacional ficaram mais evidentes no Brasil pelas propostas dos Programas de Extensão de Cobertura (PECs), formulados pelo Governo Geisel (1975-1979), e pelas lutas dos movimentos sociais pela saúde – entre eles, o movimento sanitário –, que culminaram na proposta da Reforma Sanitária brasileira. Engajado na luta contra o regime autoritário, esse movimento lutava ao mesmo tempo contra a dualidade do sistema de saúde, caracterizado pelo predomínio de serviços especializados com altíssimos custos acessíveis somente à elite e pela oferta de serviços de baixa cobertura e péssima qualidade para os pobres, excluindo a maioria da população da atenção, deixando-a desprovida do atendimento de suas necessidades de saúde.

Paim (2009) revela que um estudo censurado na época da V Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em agosto de 1975, descrevia o sistema de saúde brasileiro naquela década como insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente e ineficaz. Os PECs, alicerçados nos fundamentos político-ideológicos dos Estados Unidos para a APS seletiva, foram a resposta do governo para enfrentar a eclosão, durante a década de 1970, da crise sanitária que evidenciou o limite do modelo biomédico. Essa crise vinha sendo gestada pelas

tensões sociais geradas pelas péssimas condições de vida da maioria da população, ambas agravadas pelo autoritarismo instalado no país.

Cabe destacar que, ao mesmo tempo em que o governo pautava sua resposta às demandas de melhores condições de saúde por parte da população, formulando programas baseados na concepção da APS seletiva, os movimentos sociais de saúde, trabalhando nas “brechas” geradas pelo reformismo autoritário do Governo Geisel, buscavam renovar a medicina comunitária (Stotz, 2005).

A participação comunitária, que era vista como uma forma de apoiar os programas e incentivar a população mais carente a aproveitar os seus próprios recursos, a fim de se integrar ao processo de desenvolvimento econômico, é ressignificada pelos movimentos sociais de saúde, dirigidos por setores progressistas da Igreja Católica e pelos comunistas (Silva e Dalmaso, 2002; Stotz, 2005).

Esses movimentos, baseados no princípio da participação social, buscavam refletir sobre os problemas de saúde das populações pobres; as condições coletivas de carência dos bairros; as causas que geravam essas condições; e a percepção da necessidade de discussão e atuação sobre os determinantes sociais da saúde, visando mobilizar a comunidade e, nesse processo, fortalecer a conscientização e a luta pelo direito à saúde. Como exemplo, destaca-se o movimento de saúde da Zona Leste de São Paulo do início dos anos de 1970. Sader (1988) analisa esse movimento, mostrando a transformação que ocorre sua concepção, antes centrada na caridade cristã, para uma concepção centrada na reivindicação dos direitos.

Esses movimentos fortaleceram e ampliaram a necessidade de mudanças no modelo de atenção e foram os embriões da reivindicação pela reorientação do modelo de atenção calcado nos princípios da APS integral:

A evolução do processo entre 1979 e 1981 vai da troca de experiências à reflexão sobre a necessidade de lutar por mudanças no modelo de assistência à saúde. [...] O trabalho de

mobilização e organização popular, estruturado por uma aliança entre os profissionais e técnicos da saúde e as lideranças e os ativistas populares, faz avançar a luta pelo direito à saúde, afirmada em tentativas de organizar os serviços de modo alternativo que questionam o modelo vigente de atenção à saúde. São contribuições fundamentais ao processo da Reforma Sanitária, que se inicia na VIII Conferência Nacional de Saúde e culmina na Constituinte. (Stotz, 2005, p. 23)

Nesse contexto, o processo de reorientação do modelo de atenção pautou-se no conceito da APS integral, no atendimento das necessidades das classes populares e dos setores progressistas, expressas nas lutas por melhores condições de saúde, na garantia dessas condições como direitos de todos e dever do Estado e na constituição do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, concorda-se que, “na medida em que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação dos movimentos sociais e a criação de dispositivos legais, é possível afirmar que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro” (Paim, 2009, p. 40). Por isso mesmo, Matta e Morosini (2009a) destacam que a designação atenção básica à saúde (ABS), adotada, no Brasil, em lugar da designação APS, objetiva enfatizar a reorientação do modelo assistencial com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

As lutas dos movimentos sociais pela saúde no Brasil, na opinião de Fausto e Matta (2007), diferentemente de outros países da América Latina, conseguiram garantir legalmente políticas sociais de cunho universal, redistributivo e inclusivo. Todavia, esses autores indicam ter estado presente durante toda a década de 1980 e na década de 1990 a tensão entre a concepção seletiva e a concepção integral de APS, e concluem que, nessa disputa, as concepções de atenção primária seletiva foram favorecidas, em conformidade com as orientações dos organismos internacionais. Na opinião de Rizzotto (2000), a Estratégia Saúde da Família (ESF) expressa essas orientações.

Considerando esse olhar mais amplo acerca das diferentes concepções sobre a atenção primária, empreende-se a seguir a análise das distintas compreensões sobre a natureza do trabalho e o perfil social dos ACSs, objeto dessa pesquisa, e suas implicações no processo de qualificação desses trabalhadores.

A natureza do trabalho dos ACSs

Nas entrevistas realizadas, a importância do ACS como elo entre os serviços de saúde e a população foi continuamente ressaltada, além da preocupação com a ruptura desse elo, aspectos que aparecem como um dos eixos fundamentais da discussão da política. Nela parece ser quase unanimidade que, seguindo a proposta da ESF, o papel dos ACSs seria de articulação/tradução/elos entre a comunidade e os serviços de saúde e/ou o Estado. O trabalho dos ACSs se valorizaria, portanto, em virtude de seu cunho relacional, construído com base em algumas ações técnicas prescritas nos manuais e na legislação pertinente, tendo como pano de fundo o compartilhamento dos códigos culturais locais:

[...] esse é um trabalhador que se assemelha [...] ao visitador sanitário, que em algum momento existiu na Fundação SESP [Fundação Serviço Especial de Saúde Pública], mas é um trabalhador que vem numa outra perspectiva, de ser uma pessoa que se vincula à comunidade por morar nela. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

O trabalho de ir ao encontro da população, de o agente ser uma pessoa que está naquele grupo e, portanto, compreende a vida, as necessidades daquele grupo, e é capaz de traduzir isso, para mim é, realmente, uma base muito preciosa. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005)

[...] um ACS é o Estado nas casas, o Estado na comunidade. Querendo ou não, é isso que ocorre. Esse profissional leva o conhecimento, leva informações, leva produção, leva assistência para dentro da casa, ou seja, ele se comunica diretamente com a comunidade. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Uma das entrevistadas problematiza, inclusive, o excesso de competências e de ações propostas para esse profissional, ressaltando que, em alguns casos, ele acaba perdendo o seu perfil social:

[...] ele [o agente comunitário de saúde] não é apenas o elo, passa a ser o duelo: o cara que coleta dados, o cara que tira a pressão; a bem da verdade, ele começa a fazer várias coisas. Outra coisa que eu acho que tem de ficar claro também, [...] em alguns lugares a função do agente comunitário de saúde era uma função muito mais técnica do que propriamente política. (Célia Pierantoni, diretora do Deges/SGTES/MS de 2005 a 2006)

Entretanto, está presente também outro perfil para esse trabalhador que o define como um agente local que se juntaria à equipe de saúde para ajudar a prover as necessidades de saúde singulares de sua localidade. Nesse caso, evidentemente, ele não teria um contorno profissional fixo: esse variaria conforme as regiões.

É preciso ressaltar que toda essa congruência no tocante à função do trabalhador ACS se desfaz quando se aprofunda a discussão sobre o seu trabalho. Parece que a função de elo, que o coloca entre dois polos distintos, acaba por produzir diferentes entendimentos sobre a sua atuação, o seu lugar como trabalhador e as suas relações com os usuários e com os serviços de saúde e o Estado.

Com sua integração à equipe de saúde justificada pela suposta dificuldade que os profissionais dos serviços públicos de saúde têm de se

relacionar mais proximamente com a população, o ACS é caracterizado essencialmente pelo atributo de fazer parte da comunidade de usuários, de ser iguais ao público-alvo do serviço de saúde, tendo, inicialmente, apenas que saber ler e escrever, ser maior de 18 anos e possuir “pendor à solidariedade”.⁶ Assim, embora apontado como parte da equipe multiprofissional da ESF e tendo atribuições no interior dela (atribuições que, por sinal, crescem continuamente), o ACS não é visto como um trabalhador da saúde por alguns dos entrevistados.

Evidentemente, nessa argumentação se enfatiza a identidade dos ACSs com a população atendida como a qualificação essencial para o exercício da atividade, representando para alguns de nossos interlocutores uma condição cuja modificação resultaria na transformação desse trabalhador:

Eu não vejo o agente como um profissional de saúde no sentido estrito. Eu o vejo como um profissional da comunidade, porque exerce seu trabalho a partir dos serviços de saúde. Eu acho que isso é fundamental. É por isso, inclusive, que ele consegue fazer esse grande papel de articular, porque não se pode reduzir o papel do agente de saúde apenas a um papel técnico de fazer coisas até do cuidado primário, não é isso. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

Agora, criou-se uma carreira, um itinerário, e ele vai virar técnico. Ele virou um profissional de saúde como qualquer outro, e como qualquer outro vai ter, a meu ver, os mesmos problemas. Eu acho um equívoco. Acho que o ACS no futuro, pelo o que se leva a crer, vai mudar bastante, vai ficar mais qualificado, porém mais distante da comunidade e muito mais reivindicativo. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

⁶ Ver a respeito, nesta coletânea, o artigo “Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação”, de Anna Violeta Durão, Márcia Valéria Morosini e Valéria Carvalho.

Maria Luiza Jaeger, entretanto, declara sua posição contrária a esse entendimento, enfatizando que o próprio fato de trabalhar como agente de saúde já coloca esse trabalhador em situação diferenciada da população, não invalidando, contudo, seu papel na equipe de saúde:

[...] ele [o ACS] já é separado, se ele é esse agente, se ele é o cara que entra, ele já tem um poder diferente, existe um poder de trabalhador da saúde que está dado. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Afra Suassuna, ao se manifestar sobre a formação técnica, também não corrobora essa posição:

[...] esse trabalhador [ACS], no nosso entender, não deveria estar fora desse processo [de formação técnica], em que pese alguns céticos afirmarem que essa formação distanciará o agente comunitário de saúde desse papel de articulador, porque sendo técnico ficaria mais distante da comunidade. Eu não acredito nisso. Eu acho que se entendemos onde estamos inseridos como trabalhadores e qual é o nosso papel no sistema, quanto mais estudarmos, mais poderemos nos aproximar, e não nos distanciar. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

Silva e Dalmaso (2002) destacam dois componentes ou dimensões principais da atuação deste trabalhador: um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento a indivíduos e famílias, ao monitoramento de grupos ou de problemas específicos e à intervenção/orientação para a prevenção de agravos; e outro mais político, englobando a inserção da saúde no contexto geral de vida, incluindo-se aí, evidentemente, a discussão desse contexto e a organização da comunidade no sentido de transformá-lo. Esse componente político, segundo as autoras, expressaria

duas expectativas complementares: o agente como elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde e de discussão com a comunidade dos problemas de saúde; e o agente como fomentador da organização da comunidade para a cidadania, em uma dimensão de transformação social.

A incorporação dessas duas facetas no cotidiano do trabalho do ACS produziria um dilema, dado que, em geral, há enorme dificuldade em realizar a síntese delas. No dia a dia, os agentes fazem opções em virtude de suas referências, das cobranças e das recompensas oferecidas em cada contexto em que se desenvolve a ESF.

Entretanto, considerando o entendimento de que a função específica do ACS é a de se constituir em elo entre a comunidade e os serviços de saúde/Estado, parece que essas duas dimensões não poderiam configurar-se separadamente, sendo justamente sua junção o propósito e a singularidade do trabalho dos agentes. O monitoramento das questões de saúde da população e a intervenção técnica visando à prevenção de agravos precisam ser redimensionados de modo a se tornarem justamente os espaços em que se repensam as necessidades de saúde, com base nos contextos e nas condições de vida dos sujeitos, no sentido de produzir ações de transformação que não podem ser puramente biomédicas.

De qualquer maneira, mesmo entendendo que as duas dimensões do trabalho não podem ser construídas separadamente, exprimem-se aí dois polos distintos a que os ACSs deveriam “servir”: de um lado, à determinação fechada das ações que eles devem cumprir na ESF, atravessada por um discurso técnico-científico que prescreve formas de vida saudáveis, que conforma “corpos dóceis”; de outro, a proximidade e a inserção no cotidiano de vida, construído em meio a condições quase sempre extremamente precárias, que, com frequência, insistem em não se encaixar nas prescrições.

A mediação entre esses dois polos acaba por suscitar, nesse trabalhador, visões contraditórias que atravessam as falas dos entrevistados.

Embora todos o reconheçam como um trabalhador que responde a demandas importantes para o funcionamento do SUS – e, portanto, para a política pública de saúde –, percebe-se, por vezes, a idealização de um papel comunitário transformador, constituído de forma desvinculada de seu lugar nessa política.⁷

Entretanto, ao se considerar a proposta de participação social do Sistema Único de Saúde, a diferenciação entre estes dois polos se desfaz. Uma análise sobre o trabalho prescrito para esse trabalhador deixa clara a sua vinculação efetiva ao SUS e o seu papel fundamental na construção de uma atenção à saúde cuja pretensão é justamente incluir a população.

Essas questões são normatizadas, atualmente, pela lei nº 11.350, de outubro de 2006 (Brasil, 2006a). Segundo essa lei, que regulamenta a profissão dos ACSs, esse trabalhador tem como atribuição “o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal” (Brasil, 2006a).

A função exercida pelos ACSs estaria eminentemente ligada às políticas públicas de saúde, embora sendo diferente daquela exercida pela maior parte dos profissionais de saúde, por não estar diretamente relacionada com a assistência. Além disso, em tese, seu desafio é justamente o desenvolvimento de ações que propiciem a materialização das diretrizes do SUS, considerando-se uma nova concepção de saúde que acolhe os determinantes sociais do adoecimento. São essas as seguintes atividades desse profissional, como definidas pelo parágrafo único, do artigo 30, dessa lei:

I – a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

⁷ Sobre o uso ideológico do conceito de comunidade no campo da saúde ver, nesta coletânea, o artigo “Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação”, de Anna Violeta Durão, Márcia Valéria Morosini e Valéria Carvalho.

II – a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III – o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV – o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V – a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI – a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (Brasil, 2006a)

Embora não se possa negar certa especificidade nas atividades propostas – a intenção evidente de produção de conhecimento sobre os usuários, que vai além dos limites do corpo físico e envolve seu contexto sociocultural, e o claro propósito de construir ações que não se pautem na assistência –, pode-se perceber que muitas delas são construídas primordialmente do ponto de vista do sistema de saúde e da busca de conhecimento para a implantação e o controle de políticas públicas. O polo comunidade aparece para ser conhecido, educado e monitorado. Em apenas uma das atividades – o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde –, percebe-se o interesse na construção de uma relação diferenciada com os usuários e sua cultura na estruturação das práticas de saúde.

Em sua portaria nº 648, de 28 de março de 2006, sobre a política de atenção básica, o MS define as seguintes atribuições para os ACSs:

I – desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS [unidade básica de saúde], considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II – trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III – estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV – cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V – orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI – desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII – acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;

VIII – cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACSs em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a portaria nº 44/GM,⁸ de 3 de janeiro de 2002. (Brasil, 2006b)

Embora com algumas especificidades, a definição das atividades dos ACSs é muito semelhante ao prescrito na lei nº 11.350/2006.⁹ Ressalte-se nesse documento, em especial, o inciso I, que torna mais claro o papel desse profissional de buscar a integração entre equipe de saúde/população adstrita.

De qualquer maneira, as atribuições dos agentes constroem-se fundamentalmente com base na política pública de saúde, por meio da

⁸ A portaria nº 44/GM define atribuições específicas para os agentes comunitários de saúde no tocante à prevenção e ao controle da malária e da dengue.

⁹ Deve-se notar que o trabalho com clientela adscrita, embora não prescrito na lei nº 11.350/2006, é ponto fundamental da proposta da ESF.

qual são definidas as necessidades de atenção, as situações de risco e as atividades educativas; portanto, os agentes comunitários de saúde não podem ser entendidos como trabalhadores desvinculados das políticas sociais do Estado – o que não os descompromete da população pela qual são responsáveis. A diferença reside no fato de que o ACS não é mais, como quando ainda era denominado agente de saúde, um braço do movimento popular na luta pela garantia do direito à saúde. Embora com atribuições semelhantes, ele passa a ter uma nova inserção no campo da saúde, com base na qual a sua atuação se desloca, com efeitos interessantes no que diz respeito à possibilidade de maior dedicação e envolvimento, mas que transforma seu vínculo com a população e, de certa maneira, redireciona a sua prática. O polo comunidade não é, de forma alguma, abandonado. Ele é continuamente requisitado como fundamental para a construção do SUS. Porém o olhar sobre ele ganha uma dimensão diferenciada, que precisa ser reconhecida e problematizada – ele se desenha referenciado pelas políticas sociais do Estado.

O processo de qualificação dos ACSs

Para analisar o trabalho dos ACSs e sua inserção como trabalhadores do SUS, é fundamental discutir o processo de qualificação desse trabalhador, problematizando o modo de produção de saúde que se quer construir.

Entende-se o conceito de qualificação na sua articulação histórico-concreta, o que não envolve a apreensão da essência do que é trabalho qualificado ou desqualificado – na medida em que esse se constitui como um campo de disputas –, e sim implica o desvelamento do processo e do produto decorrente da relação social que o próprio trabalho engendra. Nessa perspectiva, a qualificação decorre, por um lado, da relação e das negociações tensas entre capital e trabalho, e, por outro, de fatores socioculturais que influenciam o julgamento e a classificação

que a sociedade faz sobre os empregos, os indivíduos e suas capacidades (Machado, 1996; Ramos, 2002). Assim tomada, a análise da qualificação implica a consideração da profissionalização, a formação e o reconhecimento social do trabalhador. Evidentemente, esses aspectos não podem ser entendidos separadamente. Entretanto, para um melhor desenvolvimento das considerações apresentadas a seguir, o primeiro e o segundo aspectos, incluindo-se o terceiro como parte deles – posto que o escopo da pesquisa de que trata este artigo não permitiria uma análise mais detalhada desse ponto – serão tomados separadamente.

Profissionalização e relações de trabalho

Inserido oficialmente como trabalhador no SUS em 1991, com a implementação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), o ACS vem ocupando de forma crescente um espaço estratégico nas políticas públicas no Brasil, bem como ampliando continuamente sua atuação na atenção à saúde tanto em termos quantitativos quanto qualitativos. Contudo, a precarização das relações de trabalho marcou as políticas de trabalho no SUS nos anos 1990, quando esse trabalhador passou a integrar o sistema. Assim, apesar da importância que os ACSs ganharam, sobretudo no contexto da atenção básica, disseminaram-se no período a prática das contratações temporárias sem direitos trabalhistas e o trabalho terceirizado mal remunerado. Nesse contexto, a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (lei complementar nº 101), em 4 de maio de 2000, que estabelece limites para os gastos com pessoal nas três esferas de governo, ampliou ainda mais as contratações instáveis e de baixo custo, em especial para esse trabalhador, cujo número de postos de trabalho cresce continuamente.

Considerando esse quadro e a forma como os agentes se inserem no sistema, Em decorrência da necessidade de um trabalho de “natureza” comunitária, mesmo em uma conjuntura política na qual se de-

fende a construção de políticas de despreciação e valorização do trabalho no SUS, existem muitas divergências relativas ao reconhecimento de sua atividade como uma profissão e, mais especificamente, como uma *profissão da saúde*. E isso se reflete nas discussões que envolvem a sua inserção efetiva como servidor do SUS.

Sobre esse tema, alguns dos entrevistados consideram que o trabalho do ACS, ao não envolver uma área de conhecimento e um saber específicos, não deveria ser considerado uma profissão:

[...] os agentes comunitários de saúde, antes de qualquer coisa, não são profissionais de saúde e nem trabalhadores de saúde. Eles são pessoas da comunidade com uma carga que eu chamo de mais antropológica, de conhecimento da realidade da comunidade. Têm um estoque de conhecimento profundo da realidade local e traduzem de forma mais clara para o sistema de saúde o que a população necessita, precisa ou sofre do ponto de vista de acometimento. [...] Eu temo que esse profissional perca a caracterização dele quando passa a ser um profissional com formação em saúde [...]. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Célia Pierantoni entende que o trabalho do ACS deveria estar ligado aos movimentos sociais, e afirma:

Não é que [...] eu não seja a favor de que as pessoas tenham a sua situação profissional regularizada; mas, para os propósitos do Programa Saúde da Família, para a manutenção de um elo com a sociedade, em vez de uma pessoa profissionalizada para ser esse elo, seria mais interessante, para a construção social do Brasil, que essa pessoa estivesse ligada mesmo aos movimentos sociais. (Célia Pierantoni, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2005 a 2006)

Entretanto, acompanhando os estudos de Dubar (2005), Vieira (2007) e Franzoi (2003), entre outros, pode-se entender como profissão a atividade de trabalho em sentido lato, e não no sentido estrito de profissão “sábia”, que requer formação teórica e prolongada. Nesse sentido, considera-se que a noção de profissão envolve:

a) correspondência entre a posição ocupada no mercado de trabalho e os conhecimentos adquiridos na esfera da formação (que pode se realizar no próprio trabalho); b) reconhecimento da validade desses dois elementos – conhecimento e valor social dos serviços – por parte da sociedade, através da inserção desse indivíduo no mercado de trabalho. (Franzoi, 2003, p. 66)

Ao contratar os agentes – que hoje, em muitos casos, não têm qualquer vínculo com movimentos sociais organizados –, e dar-lhes uma função normatizada pelas unidades de saúde, a política de saúde institui o campo de atuação de um trabalhador e configura uma demanda por determinado serviço, que gradualmente ganha legitimação social. Embora o conhecimento da cultura local, característica principal de sua qualificação, tenha sido construído no cotidiano de sua vida, esse conhecimento é legitimado para garantir a inserção no mercado de trabalho. Além disso, ainda que tenha acesso quase sempre apenas a pequenos cursos fragmentados, o ACS constrói, mediante a sua prática, um saber, uma *expertise* que o orienta no cotidiano do trabalho e que subjaz à sua resposta tanto às demandas das diretrizes das políticas públicas quanto às da equipe e dos usuários.¹⁰

A profissionalização desses trabalhadores é um processo que vem sendo construído, portanto, concomitantemente à instituição e ao for-

¹⁰ Por exemplo, no campo das diretrizes das políticas públicas, desenvolvimento de atividades como cadastramento: preenchimento das fichas específicas do Programa Saúde da Família: manuseio do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab); construção de técnicas de aproximação de usuários pouco receptivos; constituição de listagem de instituições locais que respondem a necessidades correntes da população etc.

talecimento do Pacs, do PSF e da ESF como políticas públicas de saúde. Ignorar esse processo, negando o reconhecimento profissional ao ACS, não faz dele um representante mais autêntico da comunidade, e sim retira dele um importante lugar de reconhecimento social, que não só favorece a luta por sua inserção efetiva no sistema de saúde e por melhores salários, como também impulsiona a construção de uma identidade profissional, de um lugar na equipe de saúde, qualificando o seu trabalho nas unidades de saúde da família.

Rose Marie Inojosa mostra, com base em seu trabalho com os ACSs em São Paulo, como esses trabalhadores aprenderam e se fortaleceram a partir da experiência no trabalho, destacando a importância de sua estabilidade nas USFs:

Mas o agente veio se modificando. Acho que, no início, ele realmente tinha olhos pouco informados para a sua própria realidade. Eu penso que hoje ele tem olhos muito informados. Vem vindo num crescendo. Toda vez que nós temos encontros com os agentes, percebemos que o nível de organização e o nível de informação continua crescendo, apesar de haver lugares onde existe uma grande mudança [refere-se à rotatividade dos trabalhadores]. Então, isso se perde. Mas em lugares onde há maior estabilidade – e isso não significa concurso público –, mas onde há um contrato, e onde realmente as pessoas ficam por mais tempo, o agente tem oportunidade de crescer como profissional. Parece-me que isso pode fazer muita diferença. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005)

Considera-se que, colado ao reconhecimento social da utilidade de uma determinada atividade e do conhecimento nela embutido que caracterizariam uma profissão, está o reconhecimento de ambos pelo trabalhador que é deles portador. Vale lembrar que o reconhecimento tanto por parte da sociedade quanto pelo indivíduo envolve de forma articulada aspectos objetivos – por exemplo, a satisfação com o salário e

com os direitos provenientes da posição – e aspectos subjetivos – como gostar de desempenhar a atividade (Franzoi, 2003). Nesse sentido, a discussão sobre a qualificação ganha ainda maior importância, visto que questões como vínculo de trabalho e salário não podem ser ignoradas e se apresentam como ingredientes fundamentais do processo.

Entre os entrevistados, percebe-se novamente a divergência de posições. Alguns deles acreditam que o ACS não deve ter um vínculo de estatutário como outros profissionais de saúde, nem tampouco uma carreira. Embora, todos defendam a desprecarização dos ACSs, entendendo esse processo como garantia dos direitos trabalhistas, muitos deles defendem a não inclusão desse trabalhador como servidor público efetivo. Além disso, manifestam inquietação com a criação de um percurso profissional constituído como carreira e com a oferta de um salário maior para a categoria, acionando como justificativas a escassez de recursos e a Lei de Responsabilidade Fiscal. Entretanto, a preocupação com uma possível desvinculação do agente da sua comunidade, seguindo a ideia de que a sua qualificação o destituiria da principal característica de seu trabalho, permanece como um dos pontos centrais da argumentação dos entrevistados. Sobre isso, afirma Júlio Müller:

[...] no dia que em que ele [o ACS] se transformar num servidor de saúde, do sistema apenas, [...] acredito que nós corremos o sério risco de perder esse grande trabalho que os agentes fazem hoje no Brasil, no SUS. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

A entrevista de Rose Marie Inojosa também mostra as mesmas inquietações:

Mas eu pessoalmente não acredito que o caminho, especialmente para o agente de saúde, seja o concurso público. Acho

que não é, porque o ACS é um agente híbrido, é um agente tanto do setor público quanto da comunidade e não pode ser simplesmente um funcionário público de carreira, concursado. Independentemente disso, também penso que é bastante interessante que o ACS possa ter oportunidade de ser servidor público se quiser ingressar em outras carreiras, como técnico de enfermagem etc. Ele deve ter essa oportunidade, mas como agente, ele não deveria ser servidor, do meu ponto de vista. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005)

Maria Luiza Jaeger, entretanto, não concorda com essa justificativa. Retomando a fala anteriormente transcrita, ela comenta esse discurso, comum a alguns gestores:

É também um pouco essa coisa assim: “Ah, porque o sujeito vai se sentir importante naquele lugar. Ele vai se separar dessa coisa de ser o sujeito que é da comunidade.” Eu digo: “Gente, ele já é separado, se ele é esse agente, o cara que entra, ele já tem um poder diferente, existe um poder de trabalhador da saúde que está dado.” Então, não é por aí a justificativa. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Afra Suassuna também não entende dessa forma a questão, afirmando:

[...] acho que nós somos servidores públicos quando a gente está envolvido com as questões, e o agente de saúde não deveria diferir em nada disso. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

Vale acrescentar aqui que ela não desconsidera a necessidade de o ACS residir na área de sua atuação:

A minha preocupação diz respeito à perda de vínculo do agente comunitário de saúde na realização do concurso público, de ele ser da área em que reside, da sua comunidade, o que o concurso público não permite. Os concursos públicos são universais. Isso não garantiria um dos aspectos fundamentais do trabalho do ACS, que é exatamente esse vínculo com a sua comunidade. Até entendo que dessa forma ele é uma agente transformador da sua própria vida e da vida das pessoas – seus familiares, seus amigos, enfim. Para isso era necessário mudar a Constituição. E foi mudada. Acho que isso foi um ganho da gestão do Sistema Único de Saúde, desses trabalhadores que brigaram muito por isso. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

Ressalte-se aqui a importância da emenda constitucional nº 51, que abre uma exceção no processo seletivo dos ACSs, permitindo que se faça concurso público cuja única exigência, no caso desse trabalhador, é o local de moradia. A conquista dessa emenda em 2006 legitima a luta dos agentes para serem efetivados, sem perderem sua especificidade de moradores da comunidade local.

A formação técnica no falso duelo entre a comunidade e o Estado

A análise das entrevistas mostrou, de um lado, que quando se identifica a atividade dos agentes com o seu local de moradia, acaba-se por objetivar suas habilidades, naturalizando-se o seu fazer, ao mesmo tempo em que se subjetiva a sua capacidade de crescimento profissional. De outro lado, mostrou a aposta na formação técnica dos agentes como possibilidade de melhora na qualidade dos serviços e de construção de uma carreira no SUS.

Nesse sentido, é objetivo deste item analisar, para além da dicotomia entre formação técnica e saber da comunidade, algumas questões

que emergem da relação entre esses dois polos. Simone Machado, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), esclarece como essa questão foi colocada na discussão sobre a formação dos agentes na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES):

Colocou-se que se fizéssemos a formação técnica para o agente comunitário de saúde se perderia aquilo que é a natureza do agente: uma pessoa que não tem uma formação específica e que tem um vínculo com a comunidade. Um dos argumentos colocados era o de que nós iríamos formatar a profissão com base numa formação, e aí ele passaria a ser um agente comunitário, que seria muito mais outra categoria profissional do SUS, do que o agente comunitário em si, que foi a base e o nascimento da proposição do agente comunitário. (Simone Machado, coordenadora de Ações Técnicas do Deges/SGTES/MS de 2003 a 2005)

A objetivação da comunidade em contraposição à formação

Um dos principais objetivos da ESF é romper com o modelo hospitalocêntrico, buscando avançar na integralidade do sistema. Assim, os ACSs passam a ser considerados como os trabalhadores que possuem maior potencialidade para gerar espaços de intercessão entre o Estado e a população atendida. Nesse sentido, entre os profissionais ligados ao PSF, acentuou-se o fato de que o trabalho do ACS é o que mais se distancia de uma visão médico centrada, característica da biomedicina:

Tínhamos na saúde – não só no Brasil – alguns conceitos como “Fique distante do usuário do sistema”, “Fique distante da comunidade”. Eu ouvi isso na minha formação: “Se você se envolver, não vai conseguir resolver os problemas de saúde.” E em todas as capacitações que fazemos para o agente ou para os profissionais da atenção básica, hoje mais especificamente para o Programa Saúde da Família, dizemos exatamente

o contrário: “Aproxime-se da comunidade, esteja próximo dela, envolva-se com ela, porque é dessa forma que você vai contribuir na resolução dos problemas da comunidade.” (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

A entrevistada faz referência a um momento da formação profissional em saúde caracterizado por uma concepção tecnicista relacionada ao paradigma positivista/biomédico. Nessa concepção, que marcou a formação da medicina na modernidade, o trabalho dos técnicos em saúde submetia-se ao cumprimento de normas e procedimentos capitaneados pelos médicos. Apostava-se na racionalidade científica como princípio de organização da assistência, cuidando-se para que as interações subjetivas não “comprometessem” o trabalho. Desconsideravam-se, com isso, aspectos importantes do cuidado, como a escuta, o desenvolvimento da autonomia, o afeto etc. Acrescente-se ainda que, no Brasil, o sistema de saúde implantado excluía a maior parte da população.

Assim, quando se tratou de reverter o modelo de atenção com o Programa Saúde da Família, colocou-se ênfase no envolvimento comunitário, de modo a minimizar as consequências do afastamento da população que o modelo hospitalocêntrico produzira. Contudo, no contexto que se seguiu à reconfiguração do Estado brasileiro, ao mesmo tempo em que se vislumbrava a possibilidade de o PSF ser uma estratégia de remodelação da assistência, a perspectiva de uma formação técnica para os agentes trouxe consigo o risco de reprodução do modelo biomédico ainda hegemônico na área da saúde. Como argumenta Rose Marie Inojosa, ao refletir sobre a forma como o programa está se configurando:

[...] esse programa, desenhado com agentes concursados que vão fazer uma carreira e com formação técnica, é um programa diferente do Programa Saúde da Família tal como foi concebido. [...] Quando se desenha esse programa desse jeito, vê-se que ele é um programa diferente e que tem outra dinâmica.

Uma dinâmica muito mais favorável à velha maneira da saúde de trabalhar, de ter as suas caixinhas, esse monte de controles, essa produção infernal, que reproduz a doença. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005)

A valorização do trabalho dos ACSs estaria, então, no seu diferencial de possuírem um saber tácito, construído por meio de habilidades decorrentes da vida. É interessante notar os dois elos opostos do Programa Saúde da Família: de um lado, há profissionais dos quais se exige uma formação escolar prévia (médicos, enfermeiros e demais membros da equipe) e que são criticados por seu afastamento dos problemas cotidianos dos usuários; de outro, investe-se em um profissional cuja formação o distanciaria da sua própria identidade. Maria Helena Machado afirma que o que identifica um agente comunitário é o fato de ele ser da comunidade, e não a sua formação. Nessa perspectiva, os agentes estão incumbidos principalmente do fortalecimento dos espaços de interseção com os usuários. Note-se que, dessa forma, a dicotomia formação técnica *versus* saber comunitário passa também a estar presente na composição da equipe do PSF, uma vez que aos agentes cabem principalmente os aspectos subjetivos do trabalho e aos demais profissionais, o trabalho mais especializado. Assim, uma das principais habilidades do agente de saúde é a de compreender a cultura local onde mora e atua:

Essa é a riqueza: ele é daquele lugar. Ele deixa de ser agente quando sai daquele lugar, mas ele é daquele lugar, tem a teia de relações. Isso é o mais precioso do agente, e ele não pode ser isso se não for uma pessoa da comunidade. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005)

O pertencimento à comunidade é, então, a essência desse trabalhador, e sua identidade profissional estaria relacionada ao seu local de moradia. Haveria, portanto, uma subjetividade constitutiva dos

agentes, que estariam propensos à generosidade, à compreensão das dificuldades locais, à constante disponibilidade de escuta dos problemas dos usuários etc. Assim, qualquer movimento constituinte do sujeito, seja a possibilidade de obter maior conhecimento, mediante a formação técnica, seja a possibilidade de ascender socialmente, significaria a perda da sua essência. Birman (2008), analisando os processos de identificação das populações faveladas pelos discursos governamentais, destaca existir a suposição de que esses territórios têm uma cultura específica no interior da cidade. A autora esclarece que não se trata de destacar se essas especificidades culturais são falsas ou verdadeiras, e sim discutir as políticas de identificação e seus efeitos, ou seja, entender as relações de poder que se estabelecem entre os discursos orientadores da política e a população-alvo que se deseja atingir.

Acredita-se que a naturalização do trabalho dos ACSs está intimamente relacionada ao fato desses profissionais serem em sua grande maioria mulheres e de sua ocupação requerer habilidades que foram socialmente construídas, na divisão social do trabalho, fora do âmbito do emprego, tais como os cuidados com recém-nascidos, o aleitamento materno, entre outras. Há, portanto, uma política de identificação que estabelece *a priori* uma determinada orientação para o trabalho dos agentes. Assim, como nos alerta Kergoat (1987), as habilidades vistas como próprias da socialização feminina são comumente tomadas como inerentes aos sujeitos e, nesse sentido, circunscritas ao campo do trabalho simples. Analisando a inserção das mulheres nas indústrias, a autora sinaliza que atributos como destreza, minúcia, rapidez etc. são vistos como inatos e, por isso mesmo, não são reconhecidos pelos empregadores. Nos discursos que enfatizam o pertencimento dos agentes à comunidade, percebe-se a valorização desses atributos, negando-se a possibilidade de uma formação técnica que implique maior crescimento profissional.

Ao circunscrever a habilidade do ACS à inserção no local de moradia, acaba-se ideologizando o conceito de comunidade, na medida

em que o afasta das situações concretas que permeiam a sua relação de trabalho. Considera-se que o que confere ou não os laços de pertencimento ao local, são as experiências concretas de vida/trabalho que permeiam o fazer dos agentes. Birman (2008), analisando a utilização da noção de comunidade pelos próprios moradores das favelas do Rio de Janeiro, sinaliza que o termo apresenta conotação positiva quando remete às relações face a face, construídas entre os habitantes do lugar, pois é permeado por uma densidade afetiva ligada às experiências de vida dos moradores. No entanto, sublinha que nem por isso os moradores aceitam sem ambiguidade a utilização do termo. Nesse sentido, a proximidade dos agentes com os usuários é construída na luta diária, fortemente marcada pela pobreza e pela exclusão dos direitos sociais – condição compartilhada tanto por esses profissionais quanto por grande parte da população brasileira. Como destaca Tereza Ramos, o “ser da comunidade” engloba o ônus e o bônus dessa relação:

O agente comunitário está inserido na comunidade, trabalhando exatamente onde ele mora. Ele usufrui todas as coisas boas que existam na comunidade. Mas ele também é herdeiro das coisas ruins por morar ali. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

Na percepção da entrevistada, a formação dos agentes, longe de separá-los do envolvimento com a comunidade, permitiria a eles maior compreensão acerca do seu trabalho, bem como ampliaria a capacidade de luta para a garantia dos direitos trabalhistas:

O fato de se ter, dentro da comunidade, uma pessoa que esteja capacitada para responder às ansiedades da comunidade é um fator importantíssimo para mudarmos a cara da saúde nos aspectos do saneamento, da limpeza urbana, da mudança de costume, de hábitos. É importante por isso. É importante para o agente como pessoa, porque, profissionalmente, ele tem a

possibilidade tanto de prestar um serviço de melhor qualidade quanto de brigar por seus direitos enquanto trabalhador qualificado. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

Enfim, quando se evoca a comunidade, inclusive para nomear os agentes, o que está implícito é a evocação da sua condição de pertencerem à mesma classe social dos moradores de determinada área, na qual a privação dos direitos sociais lhes dá identidade. Cuche (1999) sinaliza que, ao se trabalhar com a noção de identidade social, opera-se, a um só tempo, com mecanismos de inclusão e de exclusão, pois se acaba por construir processos identificatórios que distinguem determinado grupo dos demais. Nesse sentido, como bem salienta Simone Machado em sua entrevista, a formação dos agentes, quando pensada em relação com a dos demais profissionais da saúde, é perpassada por uma distinção entre o “nós” e o “eles”, ou seja, quando se pensa nos demais profissionais da equipe do PSF não se questiona a necessidade de formação. No entanto, no que diz respeito aos agentes, desconsidera-se essa questão, secundarizando-se a importância do trabalho desse profissional no âmbito da Estratégia Saúde da Família:

Ninguém quer deitar em um leito de hospital e ter na sua frente um técnico de enfermagem desqualificado. Todo mundo quer um técnico de enfermagem qualificado. Eu acho que, em relação ao ACS, não há no senso comum das pessoas essa percepção da importância que esse trabalhador tem para o próprio sistema [de saúde]. [...] Acho que é um distanciamento de quem pensa essas questões da realidade mesmo do que é ser ACS, do lugar que ele ocupa, do trabalho que ele desempenha, daquilo que ele faz no seu cotidiano de atividades e de ações. Acho que as pessoas não se preocupam com isso, não conseguem dimensionar isso para fazer um debate do quanto a formação desses ACSs é importante do ponto de vista da execução do seu trabalho. [...] Deve passar até por aí, de que ele é um trabalhador secundário. Porque ninguém vai falar isso de outras categorias profissionais. [...] [Não há

discussão sobre a formação] do ACS porque a função que ele desempenha é muito elementar, muito simples. Ele só fala das pessoas. Ele só é o elo, como nós falamos. Então, fazemos um aperfeiçoamento profissional, capacitamos esse agente e ele vai conseguir desenvolver isso superbem. Para que vai fazer essa outra discussão? A avaliação que eu faço é que quem pensa dessa forma, e é capaz de escrever uma legislação nesse sentido, não tem a dimensão do trabalho que o ACS desenvolve. Não sabe o quanto isso é significativo, nem sabe o quanto isso tem implicações na qualidade da atenção à saúde, [...] enfim, na melhoria da saúde da população. (Simone Machado, coordenadora de Ações Técnicas do Deges/SGTES/MS de 2003 a 2005)

Ainda que a fragmentação contemporânea venha gerando crescente distanciamento entre os grupos sociais, não será segregando o papel dos agentes a uma determinada “comunidade” que se lhes possibilitará a abertura de caminhos intercessores com os usuários. Acredita-se que uma formação não estritamente ligada à técnica poderia permitir a apreensão crítica da realidade na qual os ACSs estão inseridos, possibilitando-lhes vislumbrar estratégias de luta por uma melhora efetiva nas suas condições de trabalho e de vida, bem como da população junto da qual atua.

Sobre esse aspecto, acredita-se que a formação ampliada dos agentes traz a possibilidade de se potencializar o seu papel de mediador, uma vez que poderá proporcionar o estabelecimento de relações menos verticalizadas com os demais profissionais da equipe do PSF, tendo-se em mente que a construção de espaços intercessores com os usuários deveria ser atributo de todos. Como ressalta Ricardo Ceccim, refletindo sobre o papel dos agentes e da equipe:

[...] eu acho que o agente comunitário não é suprimível. Ele responde pelo lugar de pobreza, de periferia, mas poderia também estar em um lugar central, e em um lugar de trabalho

elitizado. Nos dois lugares, ele pode estar suprimindo a falta de compromisso dos profissionais existentes. Também pode não estar suprimindo a falta de profissionais existentes, mas sim contribuindo e alargando a resposta desses profissionais. *Se ele é membro da equipe, ele discute o caso junto, com igualdade. Ele não é suprimível também, por melhor qualificação do trabalho. Há lugares em que ele é dispensado da reunião de equipe. Nesses, eu suspeito que o trabalhador, trabalhando melhor não precisaria estar lá.* (Ricardo Ceccim, diretor do Deges/SGTES/MS de 2003 a 2005; grifos nossos)

Quando se considera o PSF como uma possibilidade de transformação da realidade e, conseqüentemente, como um caminho de transição para um sistema único de saúde de fato inclusivo, há que pensar em uma estratégia que não seja apenas centrada no usuário, mas sim no trabalhador. Com isso, sublinha-se a necessidade de serem levados em conta os espaços intercessores entre os agentes, os usuários e a equipe técnica, considerando-se que todos são trabalhadores.

Cabe destacar que, sobretudo nos grandes centros urbanos, configura-se atualmente um grande desafio para a ESF, qual seja o da dificuldade de se construir um espaço de reflexão sobre o trabalho da equipe e sua relação com os determinantes sociais que envolvem a vida dos usuários. Com isso, busca-se sublinhar a importância da criação de laços entre os próprios trabalhadores na luta pela consolidação da profissão e pela melhoria das condições de trabalho, visto que, apesar da proximidade de moradia entre os agentes de determinada equipe, são raros os momentos de troca e reflexão sobre a situação de trabalho em que estão inseridos e sobre as estratégias de resistência e de luta para superá-la. Considera-se que a formação técnica, em um sentido mais amplo, permitirá aos agentes não só um questionamento da própria realidade, como também os potencializará para o estabelecimento de uma interação mais crítica com os demais membros da equipe. Dessa forma, abre-se a possibilidade de construção de um projeto em comum e se trazem para o centro da análise não só as questões

que envolvem o cotidiano do trabalho, mas também os próprios determinantes que criam relações de poder na equipe e na sociedade. Enfim, essa possibilidade permite-nos pensar uma sociedade menos desigual, possibilitando uma perspectiva comum sobre a necessidade da universalização e da qualificação da atenção.

A formação como uma opção subjetiva

O agente se capacitar e sair significa um movimento individual importante, de qualificação pessoal, mas não de carreira: é aí que nós às vezes tínhamos dificuldade, porque quando dizíamos que achávamos problemas nessa proposta, muitas vezes as pessoas achavam que estávamos impedindo a possibilidade de ele [o ACS] evoluir. Mas ele não é um técnico, e acho que não deve ser. É um agente comunitário, uma pessoa da comunidade. Se abrímos horizontes profissionais para os ACSs, vai ser ótimo, mas eles irão para outro lugar, serão substituídos por outra pessoa que tenha aquele perfil comunitário. (Rose Marie Inojosa, secretária executiva do Conasems de 2003 a 2005; grifos nossos)

Verifica-se na fala dessa entrevistada uma imagem idealizada do que deveria ser o PSF e o papel dos agentes nele. Contrapondo-se a essa argumentação, Tereza Ramos esclarece:

A partir do momento em que você tem a qualificação, em que presta um serviço qualificado, você deve ser remunerado como trabalhador qualificado. [...] Qual é a importância para o Estado? O que o Estado deixa de ver? Eu me aborreço porque o Estado não vê que, quanto mais prestarmos um serviço de qualidade na comunidade, quanto mais eu tiver qualificação para prestar meu serviço, mais vou evitar a aglomeração no hospital e [...] fica muito mais barato o cuidado na comunidade do que o cuidado no hospital. Se temos hoje hospitais lotados – sobra demanda e não há profissionais para atender –,

isso acontece porque lá na ponta não estamos tendo o apoio devido, a qualificação devida, o estímulo devido. Se tivéssemos isso, faríamos nosso trabalho com muito mais qualidade, diminuindo esse sufoco dentro dos hospitais (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

Os depoimentos acima revelam outra dimensão em disputa na formação dos ACSs, qual seja a da impossibilidade desse trabalhador ascender socialmente como um profissional da saúde, a respeito da qual se configuram dois tipos de discursos complementares. O primeiro, como já foi abordado, sublinha que a formação afasta o ACS da perspectiva que deu origem ao Programa Saúde da Família. Nesse sentido, não se nega a possibilidade de uma futura qualificação, mas sim uma formação que os credencie como ACSs, o que abre a possibilidade de salários mais dignos, vínculos trabalhistas estáveis etc.

Vale lembrar que um dos motivos da incorporação dos ACSs ao Pacs em 1991, em um momento em que se postulava a retração do Estado na implementação direta das políticas sociais, foi a possibilidade de ampliação da cobertura do sistema de saúde, com a utilização de cuidados mais simples e mão de obra barata recrutada no próprio local de moradia, ao mesmo tempo em que se promovia a criação de postos de trabalho para a população empobrecida (Morosini, 2009).

No entanto, não foram dimensionadas as implicações que a incorporação desses trabalhadores podia acarretar para o próprio Estado em sentido estrito, pois ela se torna uma ferramenta a mais na luta da categoria para assegurar uma carreira. Ao se pontuar esse aspecto, pretende-se destacar a relação dialética entre as políticas e as lutas por melhores condições de trabalho, pois esses trabalhadores não foram só formados pelo Estado, mas foram se formando no decorrer dos embates políticos no processo de sua profissionalização. Essas implicações tornaram-se sobremaneira evidentes no momento de criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2003, quando se fez sentir a pressão da luta que os agentes empreenderam no

sentido da desprecarização do seu trabalho, como ressalta Maria Helena Machado:

Eu sei que eles querem piso salarial acho que próximo de mil e duzentos reais [...] e redução da jornada de trabalho; e querem insalubridade também. Então, criar uma profissão significa prerrogativa monopolista: dizer quem eles são, a formação deles, onde e de onde vão nascer esses profissionais, e quais são os direitos que eles vão ter. Eles vão acumular um monte de coisa! E aí, “tome” processo em cima das secretarias, porque esse pessoal – de fato, isso é uma realidade – convive com comunidades carentes demais, onde há muita violência e, às vezes, severos problemas de saúde, que podem levá-los a contrair doenças. [...] Então, eu diria que o jeito pelo qual foram criados os ACSs foi irresponsável por parte do Estado. Eu acho que a Reforma Sanitária tem uma culpa enorme, porque não pensamos qual seria o elo que iríamos ter com a comunidade. A Reforma Sanitária é muito de gabinete, muito de estrutura, é como o sistema, o financiamento... [...]. Tem duas coisas com as quais eles se preocuparam muito pouco: como seria o nosso elo com a comunidade e com aqueles que produzem o serviço, ou seja, os trabalhadores. Isso aí eles deixaram de lado, porque isso dá muito trabalho. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

O depoimento acima expressa bem os conflitos gerados na luta pelo reconhecimento da profissão de ACS no interior do aparato de Estado. A promulgação da lei nº 10.507, de julho de 2002, ao criar a profissão, exigiu desdobramentos no sentido da formação dos agentes, assim como tornou mais agudos os problemas relativos à gestão do trabalho dos ACSs. Nesse sentido, pode-se citar o papel do Ministério Público do Trabalho (MPT), que passou a questionar a forma de seleção e de contratação desses trabalhadores, exigindo providências dos gestores da saúde, com a ameaça de suspensão do repasse de recursos e outras medidas coercitivas. A participação dos ACSs também

foi importante nesse processo, pois atuaram ao lado do Poder Executivo, particularmente no âmbito do Ministério da Saúde, assim como do Poder Legislativo, realizando intenso trabalho de convencimento dos parlamentares pela aprovação dos projetos de lei que visavam à regulação do trabalho dos ACSs, como nos esclarece Maria Luiza Jaeger:

Na realidade, acho que naquele momento eles eram em torno de 150 mil trabalhadores que já tinham se organizado. Já havia uma divisão no movimento sindical, na organização deles: uma parte mais ligada à Federação dos Agentes Comunitários de Saúde, e alguns sindicatos ligados à CUT. Havia grande concorrência por essa base pesada de trabalhadores. É muita gente. Acho que há um ator fundamental nesse processo, tanto da regulamentação da profissão quanto da exigência de que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais definissem, afinal, quais eram as atribuições dos ACSs e como seria a sua formação. Isso é uma fala que vai aparecer o tempo inteiro por parte deles, e que, na negociação, chega-se à questão da formação técnica por itinerário, como já havíamos feito com o técnico e o agente na área de saúde bucal. (Maria Luiza Jaeger, secretária da SGTES/MS de 2003 a 2005)

Diante do impasse que se colocava, visto que a incorporação dos agentes significaria o aumento dos gastos públicos,¹¹ foram aventadas outras possibilidades de contratação e de formação, que colocaram em xeque a necessidade da formação técnica dos agentes, bem como o seu vínculo direto com o Estado.

A discussão sobre formação e carreira vem se acentuando por causa das transformações ocorridas no mundo do trabalho, com destaque para a passagem do modelo das qualificações para o das competências, em correlação com a implantação do modelo de produção flexível e as políticas neoliberais. Nas últimas décadas, vêm ganhando força, tanto

¹¹ Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2009), existiam naquele ano mais de 229 mil agentes comunitários de saúde em todo o Brasil.

na sociologia do trabalho quanto na sociologia da educação, noções como competência e empregabilidade, que enfatizam a estreita ligação entre uma melhor formação e a capacidade de se manter empregado, reeditando-se, sob nova roupagem, a teoria do capital humano.¹² Críticos desse processo (Frigotto, 1998; Rodrigues, 1997; e Machado, 1999) vêm assinalando a análise em círculo que a utilização ideológica dessas noções acarreta, pois passa a se responsabilizar o próprio indivíduo pelo seu sucesso ou fracasso no que se refere à obtenção/manutenção de um posto de trabalho. Nesse contexto, a carreira não seria mais vista como um percurso estável, cabendo ao próprio sujeito traçar o seu itinerário profissional, agregando competências construídas não só na escola, mas também ao longo da vida, nas mais diversas modalidades de educação (continuada, permanente, informal etc.).

Ao que tudo indica, quando se reforça a ideia da necessidade de formação profissional do trabalhador, mas não especificamente como ACS, passa-se a conceber o agente de saúde como um profissional transitório/flexível, sendo ele próprio responsável pela sua formação e ascensão social. No entanto, a pesquisa revelou que os agentes possuem pouca possibilidade de mobilidade social e vivem as inseguranças crônicas da perda do emprego e da precarização das relações de trabalho. Vale lembrar que, diferentemente de outros profissionais, esses trabalhadores não têm valor no mercado, considerando-se que não existem mercados alternativos de trabalho que possam absorvê-los:

Ele fica porque está vinculado à comunidade e, portanto, não tem essa rotatividade inerente, porque atua dentro da comunidade. Ele mora na comunidade, também não sai porque não tem demanda de valores mais altos de salário. Não há disputa por ele no mercado, não existe outro local para ele trabalhar. E não se pode esquecer que o Brasil ainda vive, apesar de ter

¹² O conceito de capital humano, elaborado de forma mais sistemática por Theodoro Schultz em 1973, destaca que o investimento em educação está diretamente relacionado ao crescimento econômico da nação ou do indivíduo, e as diferenças de desenvolvimento entre os países, bem como entre as pessoas, passam a ser compreendidas pelo maior ou menor grau de investimento nesse fator (Frigotto, 2009).

melhorado bem, com um índice de desemprego alto. [...] Tudo isso junto faz que o ACS não tenha essa rotatividade. (Maria Helena Machado, diretora do Degerts/SGTES/MS de 2003 a 2010)

Quando se retira a possibilidade de a formação ser constitutiva da construção de uma carreira, acaba-se por desresponsabilizar o Estado de estabelecer uma formação que dê corpo ao coletivo de trabalho, bastando proporcionar cursos de pequena duração, na modalidade de educação continuada, para atender demandas específicas. Com efeito, até 2005, a formação dos ACSs embora incluísse um breve curso de caráter introdutório, desenvolveu-se basicamente no cotidiano dos serviços, sob a supervisão de um enfermeiro, e mediante vários projetos de educação em serviço que envolviam pequenos cursos práticos e treinamentos. Esses cursos não possuíam organicidade: estavam pulverizados em diversas ações que não eram significativas de uma política mais ampla de governo. Nesse sentido, a formação técnica desse profissional constitui-se, entre outros aspectos, como um caminho de luta para assegurar sua identidade como profissional, pois ter um certificado de nível técnico representa a possibilidade de padronização e objetivação da sua capacidade de trabalho.

Enfim, considera-se que a formação abre caminho para a desprecarização do trabalho. Como ressalta Tereza Ramos, ex-diretora da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde:

Nós queríamos um curso de seis meses, queríamos um certificado que dissesse que “Tereza é Agente Comunitário de Saúde”, para, em qualquer lugar do país em que eu chegasse, ser reconhecida como ACS. (Tereza Ramos, presidente da Conacs de 2004 a 2009)

A mesma entrevistada, em aula inaugural proferida na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), esclareceu

melhor esse aspecto, ao destacar que, durante o seu itinerário profissional, somaram-se em seu currículo inúmeros cursos, fomentados pelo Estado, que variavam conforme a incidência de doenças que atingiam a população em determinados períodos. Apesar disso, nenhum deles assegurava a sua identidade profissional, nenhum a credenciava como uma agente comunitária da saúde – ou seja, como profissional da área da saúde. A certificação de cursos via educação continuada está pautada em uma lógica pontual/individual e não implica uma melhoria para o conjunto dos trabalhadores ou para o seu efetivo reconhecimento. Com efeito, o destaque atual de que desfruta o conceito de educação continuada é pautado, na maioria das vezes, pela necessidade de os trabalhadores acompanharem as transformações do mercado de trabalho, agregando ao seu itinerário profissional cursos que supostamente facilitam a sua permanência no mercado. Nesse sentido, embora vários desses cursos possam ser significativos para o processo laboral, não representam uma aquisição coletiva e crítica de habilidades técnicas e de disposições objetivas e subjetivas capazes de ampliar a capacidade de mobilização e luta política.

Vale lembrar a relação entre o discurso que coloca ênfase no pertencimento dos agentes à comunidade e o que ressalta a possibilidade de formação como uma escolha individual, pois ao mesmo tempo em que as habilidades dos agentes são objetivadas como inerentes ao seu pertencimento a determinado local de moradia, subjetivam-se as condições para o seu crescimento profissional, a sua identidade e o reconhecimento social de seu trabalho.

Em seminário recente,¹³ uma agente de saúde traduziu como essa questão perpassa o cotidiano do trabalho, ao retratar a maneira como muitas vezes a formação é compreendida pelos demais membros da equipe: “Vocês não vão querer ser agentes para a vida toda, vocês estão

¹³ Seminário “Luta pelo reconhecimento e pela regulação do trabalho do ACS no contexto nacional e da legislação vigente”, realizado em 2009 pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), em conjunto com a Associação Municipal de Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro (Amacs).

agentes”. Note-se que, dessa perspectiva, o trabalho dos agentes é visto como precarizado e de baixa complexidade, pesando ainda mais sobre os seus ombros a responsabilidade de sua formação. Isso significa que esses trabalhadores são premidos por uma relação de exploração no trabalho, como também, ao menos por enquanto, pela suposição de que a sua formação se dá como uma escolha voluntária. Cabe, portanto, o alerta que faz Cuche (1999) ao destacar que as relações de dominação e estigmatização podem levar à construção de uma identidade negativa, em que pese à rede de pertencimento desses trabalhadores nos seus locais de moradia e o reconhecimento a eles atribuído, tanto pelos usuários quanto pelas políticas de saúde.

Aparentemente, a qualificação dos ACSs opera com uma lógica binária, na qual o deslocamento para um dos polos se traduziria em um maior/menor poder desses trabalhadores. Quando se positiva a “comunidade” para ressaltar o poder dos agentes no local em que atuam, acaba-se por idealizar um projeto passado como modelo para o presente. Nesse sentido, evoca-se um ideal da Reforma Sanitária, descontextualizando o processo histórico de sua configuração. Imputa-se aos agentes ou um retorno ao que ocorreu antes, ou uma visão imagética do que deveria ter sido, minando-se a possibilidade de transformação no presente. Por sua vez, a positivação da formação técnica dos agentes pelo Estado por si só não é significativa de melhores condições de trabalho, pois, como se destacou anteriormente, com qualificação formal ou não, o trabalho dos agentes já constitui uma política do Estado. Nesse sentido, a dicotomia entre comunidade e Estado apresenta-se como uma falsa questão, na medida em que a possibilidade de uma atuação mais efetiva dos agentes não está relacionada à ênfase dada a algum dos dois polos, mas sim à luta política no sentido de avançar na universalização dos direitos. Em outras palavras, trata-se do projeto societário que se deseja construir e do papel do Estado nesse processo.

O ACS: trabalho simples, ou trabalho complexo?

Desde o surgimento dos agentes de saúde, ocorreram lentas transformações que modificaram suas formas de trabalhar e o conteúdo de seu trabalho. Ou seja, aquilo que se define como agente vem mudando no decorrer da história, como constatam os entrevistados:

[...] nós precisamos ainda daquele ACS da década de 1980 que faria hidratação oral ou nós precisamos de um técnico qualificado que possa ajudar as pessoas em depressão, com diabete, que possa orientar um regime dietético? Eu acho que é esse um pouco o dilema. Mas eu aprendi a não me angustiar com a coisa. Se deixar o carro na frente dos bois, vai chegar o momento em que essa questão vai ser colocada e vai ter de ser enfrentada. (Júlio Müller, presidente do Conass de 1998 a 1999)

Para fazer esse elo [entre o sistema de saúde e a comunidade], quanto mais ele fosse povo, representação social, melhor seria para o programa na saúde. Por outra via, também fizeram um monstro do pobre do ACS, porque ele virou um ser absolutamente divino, consegue ter competências para além de uma pós-graduação. Percebe? Então, o negócio foi se colocando nele: ele preenche os dados, ele faz não sei o que, ele faz não sei o que lá. Quer dizer, esse elo pensado inicialmente na configuração do nosso Programa Saúde da Família vai perdendo suas características iniciais pela própria evolução. (Célia Pierantoni, diretora do Deges/SGTES/MS de 2005 a 2006)

Tanto a fala de Pierantoni quanto a de Júlio Müller estão perpassadas pelo conteúdo do fazer dos agentes. Pierantoni destaca a dualidade entre “ser mais povo” e um discurso presente no Referencial Curricular dos Agentes Comunitários de Saúde, no qual se amplia o leque de competências dos agentes, tornando-os, no dizer de entrevistada, superagentes. Já Müller traz à tona as novas habilidades técnicas que deles

vêm sendo solicitadas. Tais reflexões permitem indagar sobre o conteúdo do trabalho dos agentes, isto é, em que medida ele constituiria um trabalho simples ou um trabalho complexo. Citando Marx, Neves e Pronko esclarecem que o conteúdo de um trabalho complexo é igual a um “trabalho simples potenciado ou, antes, multiplicado, de modo que uma quantidade de trabalho qualificado [seja] igual a uma quantidade maior de trabalho simples” (2008, p. 22). Ao se fazer um contraponto entre as atribuições iniciais dos ACSs e a gama de atividades que são chamados atualmente a realizar, é possível depreender que seu trabalho tem se tornado cada vez mais complexo, uma vez que a ele vem se somando uma série de atribuições que antes não lhe eram afeitas:

Ele também tem de ter conhecimentos diversos porque se ele é [de uma] comunidade, os problemas que traz para equipe são os problemas da comunidade dele. Portanto, precisa necessariamente também estar habilitado para trabalhar com esses problemas, seja do ponto de vista do controle ambiental, seja do ponto de vista da promoção da saúde, de trabalhar a atividade física. Acho que ao longo desses anos, ele não deixou de fazer a atenção à saúde da criança e da mulher, mas incorporou novas atividades, como qualquer trabalhador em saúde. (Afra Suassuna, diretora do DAB/MS de 2003 a 2005)

No entanto, pensar no conteúdo do trabalho exige inseri-lo no grau de complexificação correspondente ao nível de desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais correlatas (Neves e Pronko, 2008). Nesse sentido, a escolarização da classe trabalhadora é um exemplo claro desse processo, pois se nas sociedades pré-capitalistas não se colocava a questão da escola para a maioria da população, sendo o aprender no trabalho por si só suficiente, com o desenvolvimento urbano-industrial, a formação dos trabalhadores passa a ser uma demanda, não só das classes dirigentes, mas dos próprios trabalhadores. Pode-se inferir que o maior grau de escolarização dos agentes se configura, assim, tanto como fruto das lutas sociais para a ampliação da es-

colaridade quanto como um patamar mínimo necessário de escolarização em resposta à complexificação das mudanças na sociedade e no processo de trabalho, engendradas no decorrer da história. Nesse contexto, trata-se de tentar entender se o trabalho dos agentes tem se tornado mais complexo, ou se há uma complexificação do trabalho simples.

Concorda-se com Morosini (2009) quando afirma que, quase sempre, o trabalho dos ACSs tem sido caracterizado como trabalho simples tanto pelas políticas de saúde e educação quanto pelo processo de organização do trabalho em saúde. Ao requerer uma formação escolar mínima e promover formas de contratação absolutamente precárias para esses profissionais, o desenho das novas ações de saúde propostas pelo Ministério da Saúde situa previamente os ACSs num espaço social pouco reconhecido, oferecendo-lhes escasso ou nenhum espaço de atuação fora dos limites demarcados pelo alicerce tradicional das práticas em saúde: o saber biomédico. Nessa lógica, não cabe uma maior reflexão sobre a realidade em que os ACSs e os usuários estão inseridos, e se repete uma série de condutas que acabam fomentando novos discursos de apassivamento do sujeito e acirrando “novas” formas de exploração. No início da atuação dos agentes, só lhes era requerido saber ler e escrever; atualmente, exige-se deles a conclusão do ensino fundamental, mas já se constata ter se elevado o nível de escolaridade dos ACSs, pois uma parcela significativa desses trabalhadores cursou o ensino médio, fato que parece estar inserido em um movimento mais amplo de certificação da classe trabalhadora brasileira sem que, no entanto, haja uma efetiva melhoria no conteúdo dos conhecimentos – assim, esse movimento não configura um processo real de qualificação – ou do reconhecimento social que corresponderia a esses conhecimentos (Rummert, 2009).

As atividades de responsabilidade dos agentes, de um lado, acabam por engessá-los entre uma formação restrita dirigida pelo Estado e, de outro, ampliam de tal modo as suas atribuições que terminam por cercar a sua capacidade de atuação, posto que se espera dos ACSs a

resolução de problemas que estão além das possibilidades de qualquer profissional de saúde. Os agentes ficam, assim, enredados em um fazer cotidiano repleto de problemas de diversas ordens, em relação aos quais têm pouca possibilidade de intervenção.

No entanto, não se pode esquecer que a formação não só conforma, mas traz a possibilidade de transformação da realidade. Talvez um dos sentidos não manifestos encobertos pelos discursos contra a formação seja o temor de que uma maior conscientização dos agentes os leve a questionar as políticas em curso, pois, mesmo com muitas dificuldades, esses trabalhadores vêm tentando se articular em um movimento mais orgânico, lutando contra uma tendência das políticas públicas de encapsulá-los no local de moradia e no cotidiano do trabalho.

Referências bibliográficas

AROUCA, Antônio Sergio. *O dilema preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventivista*. São Paulo: Editora da Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BIRMAN, Patrícia. Favela é comunidade? In: MACHADO, Luiz Antonio (org.). *Vida sob cerco: violência e rotina nas favelas do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006a. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2006/11350.htm>. Acesso em: 14 out. 2010.

_____. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006b. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html. Acesso em: 21 out. 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Números da saúde da família*. Brasília. Ministério

da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>. Acesso em: 20 nov. 2010.

CUCHE, Denys. *A noção de cultura nas ciências sociais*. Bauru: Edusc, 1999.

CUETO, Marcos. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 11, Nov. 2004. Disponível em: <http://www.who.int/kms/initiatives/ghhcueto.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2011.

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.

DUBAR, Claude. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FAUSTO, Márcia; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia; CORBO, Anamaria. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

FRANZOI, Naira. *Da profissão como profissão de fé ao “mercado em constante mutação”*: trajetórias e profissionalização dos alunos do Plano Estadual de Qualificação do Rio Grande do Sul (PEQ-RS). Campinas, 2003. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, 2003.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Capital humano. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

_____. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. In: _____ (org.). *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final do século*. Petrópolis: Vozes, 1998.

KERGOAT, Danièle. Por uma problemática do processo de trabalho doméstico. In: KARTCHEVSKY, Andrée (org.). *O sexo do trabalho*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

LIMA, Julio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela. Trabalho simples. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

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.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria. Atenção básica. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

_____; _____. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

MELLO, Guilherme Arantes et al. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*, v. 12, n. 2, 2009.

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.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela A. *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.

PAIM, Jairnilson. *A Reforma Sanitária brasileira*. Contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. *Direito à saúde, cidadania e Estado*. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. *Anais...* Brasília: CNS, 1986.

_____. *O que é SUS?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

RAMOS, Marise. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2002.

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.

RODRIGUES, José. Da teoria do capital humano à empregabilidade: um ensaio sobre as crises do capital e a educação brasileira. *Revista Trabalho e Educação*, Belo Horizonte, n. 2, p. 215-230, ago.-dez. 1997.

RUMMERT, Sônia Maria. Desafios teóricos e metodológicos da educação de jovens e adultos trabalhadores. In: CANÁRIO, Rui; RUMMERT, Sônia Maria (org.). *Mundos do trabalho e aprendizagem*. Lisboa: Educa, 2009.

SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana S. 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. 2002.

SILVA, Luiz Machado da. Trabalhadores do Brasil: virem-se. *Revista Inteligência*, v. 1, n. 5, 1999.

STOTZ, Eduardo. 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.

VIEIRA, Monica. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 5, n. 2, p. 243-260, 2007.