

# **As Políticas de Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde**

Mônica Vieira

## **Introdução**

Neste texto, buscamos discorrer sobre as principais questões inseridas no campo da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e mais especificamente acerca de uma dimensão da gestão do trabalho, relacionada aos seus aspectos macropolíticos, ou seja, às problemáticas relativas ao trabalho em saúde e enfrentadas pelas distintas esferas de governo como parte da gestão do SUS. Nesse sentido, não nos dedicaremos ao que consideramos uma outra dimensão da gestão do trabalho, relacionada à micropolítica<sup>1</sup> do trabalho em saúde nos diferentes espaços onde este, cotidianamente, se realiza.

Assim, o artigo foi construído a partir do desenvolvimento de alguns tópicos que permitem, em um primeiro momento, compreender a conformação do campo de Recursos Humanos em Saúde (RHS) para em seguida localizar a inserção da temática mais específica da gestão do trabalho. Na última parte do texto, apontamos as principais preocupações da agenda da área no momento atual, considerando, especialmente, as repercussões relacionadas ao agente comunitário de saúde (ACS).

## **O Processo de Conformação do Campo de Recursos Humanos em Saúde**

É necessário localizar a temática da gestão do trabalho no SUS como parte das preocupações da 'questão' de RHS, que envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de cons-

---

<sup>1</sup> O termo segue a orientação dada por Merhy (2002), quando discute que o modo como se estruturam e gerenciam os processos de trabalho em saúde seria o grande nó crítico para as propostas de mudanças da direção efetiva do modelo tecno-assistencial e aponta que é necessário reinventar a lógica, a gestão, a organização e a finalidade do mesmo. Esse autor, ao desenvolver a micropolítica do trabalho vivo em ato, busca subsidiar a compreensão do local de trabalho como espaço de aprendizagem e transformação.

## O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

trução do SUS (Mendes Gonçalves, 1993), configurando, assim, um dos seus subsistemas. Nesse sentido, esse é tanto um campo de estudo como de intervenção. Essa área abarca múltiplas dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoal.

A noção de RHS pode ser associada à década de 1950, com análises sobre a formação médica estimuladas pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Nos anos 60 iniciaram-se estudos para identificar a força de trabalho no setor. Apenas na segunda metade da década de 1970 tem início o progressivo processo de institucionalização da área (Paiva, 2004).

No período anterior à implantação do SUS, a área de RHS teve pequena relevância, aparecendo como questão de menor repercussão no sistema de saúde nacional. Passa a adquirir maior nitidez com a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), desencadeada pela Reforma Sanitária brasileira. Pode-se, inclusive, dizer que a estruturação da área de RHS seguiu as recomendações da VIII CNS. Naquele momento, que marcou a reformulação das políticas de saúde no país, a complexidade da área de RHS ganha visibilidade, desencadeando um processo de análise de suas temáticas próprias.<sup>2</sup>

No início da Reforma Sanitária, as questões mais sistematizadas da área de RHS privilegiavam à temática da formação de pessoal. As análises acerca de outros aspectos que integram o campo como planejamento da força de trabalho, mercado de trabalho e regulação do exercício profissional, eram apenas pontuais. É possível observar, nos documentos e relatórios<sup>3</sup> elaborados a partir da segunda metade da década de 1980, uma maior preocupação com as ações voltadas ao processo educativo dos trabalhadores do setor.

Em 1986, foi organizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, quando se define uma agenda específica sobre o tema, a partir dos principais aspectos identificados na implantação do SUS. Entre essas questões receberam destaque a falta de incentivos para a qualificação profissional, a própria visão burocrática da área de recursos humanos, a baixa remuneração dos trabalhadores e as desfavoráveis condições de trabalho (Brasil, 1993).

<sup>2</sup> Sobre o histórico das políticas de saúde no Brasil, ver Baptista, texto "História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde", no livro *Políticas de Saúde e a Organização e Operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

<sup>3</sup> Para maiores informações, ver Santos e Christófaros (1996) e Souza et al. (1991).

## AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1993, registrou a contradição/tensão que, desde então, vem marcando a área. Embora a questão dos RHS seja percebida como estratégica nos documentos da saúde pública, concretamente foi pouco valorizada, já que relacionada de forma superficial com os aspectos que, fundamentalmente, afetam as políticas públicas de saúde no país.<sup>4</sup> A principal questão da área encontrava-se relacionada à própria ausência de uma política de recursos humanos que contemplasse um plano de cargos, carreira e salários (PCCS)<sup>5</sup> no sentido de favorecer a implantação do SUS.

### Estado Brasileiro e Gestão do Trabalho

De forma geral, as questões da gestão do trabalho devem ser consideradas no contexto das transformações advindas da crise de acumulação e reprodução do capital que, nas duas últimas décadas, afetaram o Estado brasileiro.<sup>6</sup> A temática da gestão do trabalho no SUS começa a ganhar visibilidade na segunda metade da década de 1990, no contexto de flexibilização das relações de trabalho.

O ideário neoliberal norteou a reforma do aparelho de Estado – que redefiniu a relação entre o Estado, a sociedade e o mercado. Segundo o diagnóstico do governo Fernando Henrique Cardoso, o Estado sofria uma crise fiscal, crise do modo de intervenção e crise do modelo burocrático de gestão pública. Diante da crise gerencial, do *déficit* público e da necessidade do equilíbrio fiscal, para captar empréstimos externos, os Estados periféricos trabalharam dentro da ótica neoliberal, implementando todos os programas e reformas necessárias para se inserirem de forma subordinada na economia mundial globalizada.

<sup>4</sup> Apenas mais recentemente pode-se perceber uma maior relevância atribuída às questões de RHS, conforme abordado mais adiante. Essa transformação pode ser associada a projetos de qualificação de trabalhadores, à reorientação do modelo assistencial e ainda à reconfiguração da própria área no Ministério da Saúde.

<sup>5</sup> Atualmente, o PCCS aparece como uma das questões prioritárias da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, conforme apresentado mais adiante.

<sup>6</sup> Sobre a relação entre Estado e políticas públicas, ver Linhares e Pereira, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

O ajuste fiscal foi um dos principais mecanismos para implementar o redirecionamento do Estado – no sentido de reduzir os recursos destinados para as áreas sociais e priorizar os recursos destinados para o capital financeiro, para o pagamento de juros e amortizações da dívida junto aos credores internacionais – e se processou via redução dos direitos sociais e trabalhistas, intensificação da exploração da força de trabalho e redução dos recursos para políticas sociais.

A reforma do aparelho de Estado, a partir das propostas do então Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), teve como objetivos gerais delimitar o tamanho e redefinir o papel regulador do Estado, através de programas de privatização e terceirização; recuperar a governança, visando à superação da crise fiscal e redefinir os setores de ação estatal.

Assim, o Estado deveria ser ‘mínimo’ na garantia dos direitos sociais dos trabalhadores e nos gastos públicos sociais e ‘máximo’ para garantir a liberalização e desoneração do capital, aumentando a sua competitividade no mercado internacional, o que aprofundou a radicalização da política de cortes nos gastos públicos sociais em nossa sociedade (Boito, 1999). Nesse sentido, o Estado transferiu para o setor público não-estatal (terceiro setor) a responsabilidade de serviços como educação, saúde, cultura e pesquisa científica, abandonando o papel de executor e prestador direto desses serviços, mas mantendo-se, no entanto, como regulador e promotor dos mesmos (Brasil, 1997).

O debate da reforma do Estado formula para a agenda pública questões que envolvem a construção de novos desenhos institucionais de políticas que previam profundas alterações em termos de gestão do trabalho no setor público. No “Plano diretor da reforma do aparelho de Estado” (Brasil, 1995) são definidas duas diretrizes para atingir esta reforma: a reforma administrativa, cujo objetivo principal é a definição de tetos precisos para a remuneração dos servidores ativos e inativos, a flexibilização da estabilidade e a permissão de regimes jurídicos diferenciados, em busca de uma administração gerencial;<sup>7</sup> a reforma da previdência, que indicava alterações no sistema de aposentadorias para que estas passassem a ocorrer mais tarde e fossem proporcionais ao tempo de contribuição do servidor.

<sup>7</sup> Fundamentada no princípio da descentralização da decisão e de funções, em formas flexíveis de gestão, horizontalização de estruturas e incentivo à criatividade.

## AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

O governo federal questionava também a legislação trabalhista para o setor público entendendo-a como protecionista e impeditiva de uma gestão eficiente, ao permitir um uso indiscriminado da estabilidade dos servidores e estabelecer critérios rígidos de seleção e contratação de pessoal. A proposta de reforma administrativa apresentada pelo governo federal estava assentada na idéia de que a superação das formas tradicionais de ação estatal implica descentralização e redesenho de estruturas e principalmente no desenvolvimento de modelos gerenciais para o setor público, com foco em resultados (Brasil, 1995).

Neste contexto político, de busca de novas estruturas, surge, no cenário organizacional, a proliferação de desenhos alternativos à gestão direta do Estado, com propostas de estímulo à flexibilização das relações de trabalho, substituindo servidores públicos por prestadores privados.

A expansão da flexibilização, embora apresentada como solução para a gestão do trabalho, gera impactos negativos, como a proliferação de vínculos não estáveis e as formas diferenciadas de remuneração (Pierantoni, 2000). Desenha-se um cenário paradoxal,<sup>8</sup> onde níveis crescentes de flexibilização das relações de trabalho convivem com discursos sobre a emergência de um trabalho revalorizado,<sup>9</sup> ou seja, com maiores níveis de autonomia e participação.

A flexibilização, que surge como categoria-chave para compreensão acerca das atuais relações de trabalho, tem sido utilizada sob diversos aspectos, tanto em distintas propostas de mudanças na órbita da gestão do trabalho como em vários estudos que tratam do tema.

A flexibilização das relações de trabalho é um dos aspectos marcantes da década de 1990 que caracteriza parte do retrocesso no processo de construção de um projeto de proteção social para o Brasil.<sup>10</sup> Geradora de novos problemas, esse

<sup>8</sup> No que se refere ao SUS, esse cenário coincidiu com a institucionalização do sistema, o aprofundamento da descentralização e a expansão das equipes de saúde, especialmente aquelas voltadas para a atenção básica. Esses aspectos acabaram por gerar enfrentamentos para a gestão municipal que ainda se defrontou com a homologação da Lei de Responsabilidade Fiscal, limitando os gastos com pessoal.

<sup>9</sup> Cabe salientar a lacuna de estudos relacionados à investigação dessas questões no setor saúde. Termina-se muitas vezes considerando análises realizadas em outros setores da economia para discorrer sobre possíveis alterações no setor de serviços. Convém enfatizar a importância de uma postura bastante cuidadosa acerca da generalização dos estudos, considerando-se principalmente a natureza do trabalho em saúde e a especificidade do trabalho no SUS, com seu processo de organização bastante peculiar.

<sup>10</sup> Sobre a conformação da seguridade social no Brasil, ver Monnerat e Senna, texto "A seguridade social brasileira: dilemas e perspectivas", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

## O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

contexto, marcado pela precariedade do trabalho, configura um quadro de enorme perversidade e complexidade, acompanhado pelo incremento das desigualdades sociais e econômicas. O sucateamento da rede assistencial, a baixa remuneração dos profissionais de saúde e a flexibilização das relações de trabalho são fatores decorrentes da insistência dos definidores da política econômica que priorizam os compromissos com as finanças internacionais em detrimento das políticas sociais. Nesse sentido, cresce a ruptura com os preceitos constitucionais que estabelecem a saúde como direito de todos e dever do Estado, baseados nos princípios da universalidade e igualdade (Noronha & Soares, 2001).

### **Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: definindo uma agenda de prioridades**

Complementando a idéia de Noronha, Bahia (2006) afirma que o SUS preconizado pela Constituição de 1988 ainda está longe de ser exequível, devido à distância entre SUS real e SUS constitucional, cuja reflexão deve ser aprofundada. Entre os obstáculos à consecução dos preceitos do SUS evidenciam-se problemas relacionados tanto com a economia quanto com os afeitos ao trabalho nos serviços públicos de saúde. De acordo com a autora: “o que se constata, embora se evite afirmá-lo explicitamente, é que a agenda universalizante proposta pelo SUS constitucional tem pouca chance de ser cumprida sob as condições políticas, econômicas e institucionais que prevalecem no país” (p. 161).

Ainda que concordemos com a autora, especialmente no que se refere à reprodução de desigualdades latentes nas relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e SUS,<sup>11</sup> é possível verificar, nos últimos anos, a constatação da complexidade e centralidade do campo da gestão do trabalho no SUS. Percebe-se, ainda, um esforço, por parte de importantes sujeitos políticos coleti-

<sup>11</sup> De acordo com Bahia (2006:167), a miríade de possibilidades de relações entre o público e o privado na assistência à saúde afeta e é reproduzida pelas múltiplas formas de inserção no trabalho dos profissionais de saúde. “Os duplos e triplos vínculos dos médicos, as reivindicações pela diminuição informal das jornadas de trabalho do pessoal de enfermagem, e até de servidores que desempenham funções administrativas, de 40 para 30 horas, e a contratação de pessoal terceirizado são reflexo e potencializam o empresariamento da saúde. A precarização dos vínculos, a informalidade das formas de recrutamento de pessoal, por vezes permeáveis ao nepotismo, e as nomeações políticas para os ocupantes de cargos técnicos nas instituições públicas tornam quase inexecutáveis a dedicação e o compromisso dos servidores públicos com a implementação de um SUS universal”.

## AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

vos da saúde pública (Conselho Nacional de Saúde – CNS; Conselho Nacional de Secretários de Saúde Estaduais e Municipais – Conass; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems; Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco), em recolocar a importância do trabalho, a necessidade de valorização profissional e a regulação das relações de trabalho no âmbito do SUS.

Essas questões acabam por receber destaque em documentos da área, conforme expresso na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS<sup>12</sup> (NOB/RH-SUS) e na conformação do tema 'Trabalho na Saúde', como um dos 10 eixos temáticos que subsidiaram as discussões da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003. Este eixo envolveu as questões relacionadas aos recursos humanos em saúde, tanto as relativas aos aspectos da gestão, como a precarização das relações de trabalho, quanto aos aspectos da educação dos trabalhadores do setor.

De acordo com o CNS, as questões do trabalho retornam como compromisso central, remetendo a uma reflexão sobre que modelo de Estado deve orientar as relações com a sociedade. Nesse sentido, a construção de um novo modelo de gestão do trabalho no SUS relaciona-se com a possibilidade de gerar maior satisfação com o trabalho, queda da rotatividade, aprofundamento da gestão na dimensão do micro processo de trabalho, educação permanente e o reconhecimento da necessidade do estabelecimento de espaços de negociação de conflitos nas relações de trabalho (Brasil, 2002b).

Já segundo documento da Abrasco (2003), a desprecarização dos vínculos torna-se uma necessidade para a própria viabilidade do sistema, já que sua valorização do trabalho constitui-se como princípio fundamental na construção da identidade do trabalhador. Propõe-se uma política de gestão que oriente a construção de planos de carreira específicos, que tenham como eixo o incentivo ao desenvolvimento profissional.

Nesse contexto em que as temáticas da gestão do trabalho e da educação na saúde ganham centralidade, é criada<sup>13</sup> a Secretaria da Gestão do Traba-

<sup>12</sup> A NOB/RH-SUS é um instrumento que busca consolidar a gestão do trabalho no SUS. A última versão do documento, elaborada em 2002, define os princípios básicos e as diretrizes que devem nortear a política de recursos humanos em saúde.

<sup>13</sup> Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003 aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo de cargos e funções do Ministério da Saúde e define as competências dos órgãos.

## O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

lho e da Educação na Saúde (SEGTES), no Ministério da Saúde, que define o papel do gestor federal quanto às políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país. A construção de uma agenda para a área parte da identificação dos limites relacionados aos aspectos que circundam o tema. Entre essas limitações pode-se destacar a própria visão reducionista da gestão, a inadequada distribuição de trabalhadores, vínculos precários, escassa informação sobre incentivos à produtividade, processos de avaliação, baixos salários e inadequadas condições de trabalho.

Um dos dois departamentos que estruturam a SGTES denomina-se Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde (Degerts), responsável pelas políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde, nacionalmente. Esse departamento elegeu duas questões prioritárias que afetam diretamente os ACS: uma refere-se à discussão do Plano de cargos, carreiras e salários, no sentido de buscar equacionar problemas relacionados à fixação de profissionais, disparidades salariais, formas de acesso na carreira, desenvolvimento, avaliação, incentivos, progressão e ascensão.

Em 2004, foi constituída a comissão especial para elaboração de diretrizes do plano<sup>14</sup> no sentido de viabilizar o PCCS-SUS, tomando como referência os Parâmetros e Diretrizes da NOB-SUS 02/98, atendendo não só demandas dos trabalhadores como dos gestores. Buscou-se, dessa forma, orientar a reorganização dos trabalhadores do SUS visando atender aos requisitos de valorização do profissional, alocação do profissional conforme necessidades do sistema e atendimento a municípios e regiões carentes.

As principais questões discutidas envolvem as bases legais e administrativas da carreira, elementos de uma carreira nacional exclusiva para atender às necessidades dos municípios carentes, valorização dos trabalhadores de saúde do SUS, com desenvolvimento de mecanismos que promovam, nas três esferas de governo, o fortalecimento da identidade desses trabalhadores.

Outra prioridade é o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, que parte da constatação de que cerca de 30% da força de trabalho encontra-se inserida em modalidades de relações precárias no setor público de saúde. No caso dos trabalhadores vinculados à estratégia Saúde da Família, esse percentual é ainda maior. O Comitê Nacional Interinstitucional de

<sup>14</sup> Determinação da Portaria Ministerial 626 de 8 de abril de 2004.

## AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

Desprecarização do Trabalho no SUS<sup>15</sup> foi criado com a intenção de discutir mecanismos de regularização dos vínculos de trabalho de cerca de 600 mil trabalhadores (Brasil, 2004).<sup>16</sup>

No caso do Ministério da Saúde, a precariedade do trabalho relaciona-se com alguma irregularidade no que diz respeito à situação de desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho. O trabalho precário pode ser definido como uma situação de desproteção social, exercido sem os direitos inerentes ao tipo de contrato firmado. Entretanto, do ponto de vista da administração pública, proteção social não significa somente o pleno gozo dos direitos laborais. O fato de existir cobertura social legalmente exigida não é suficiente para caracterizar o trabalho como regular. Assim, a contratação sem concurso público pode caracterizar um trabalho como precário, pois o trabalhador é absorvido de forma irregular, ou seja, seu vínculo com o Estado não tem base legal. A terceirização pode ser então associada à precarização, pois configura fraude à lei, já que ofende o inciso II do artigo 37 da Constituição Federal, que determina a realização de concurso público para provimento de cargo na administração pública.

Os dados oficiais não retratam de forma rigorosa os tipos e o percentual de postos de trabalho precários no SUS. No entanto, é crescente o contingente de trabalhadores do setor público de saúde que se encontra nessa situação, sob as mais diversas modalidades contratuais: cooperativas, bolsas de trabalho, contrato temporário, prestação de serviços por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

<sup>15</sup> Criado pela Portaria n. 2430/GM de 23 de dezembro de 2003 e composto por representantes do Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério do Trabalho e Emprego, Conass, Conasems e representantes das entidades patronais e sindicais.

<sup>16</sup> Também é do âmbito deste departamento, a negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores no que se refere à gestão e à regulação do trabalho. Objetiva estruturar uma efetiva política de gestão do trabalho, nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o sistema. Busca-se promover a construção coletiva envolvendo o poder público, sociedade civil e trabalhadores dos diversos segmentos da área da saúde, de um sistema de regulação profissional que se pautar pela promoção e proteção da qualidade de saúde, segundo parâmetros éticos, e submeta o interesse particular ao interesse social. Para cumprir esse preceito constitucional, como uma primeira iniciativa, foi criada, em 2004, no âmbito do Ministério da Saúde, a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), espaço temático de discussão permanente entre as categorias profissionais, o governo – representado pelos três entes federados – e a sociedade.

## O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

### O Caso do ACS: algumas repercussões no campo da gestão do trabalho no SUS

O ACS, há mais de uma década, constitui um segmento efetivo da força de trabalho em saúde. De acordo com investigações realizadas pela Estação Observatório dos Técnicos em Saúde a partir da base de dados *Estatística Médica da Saúde: assistência médica sanitária* (IBGE, 1999, 2002)<sup>17</sup> percebeu-se o crescimento acelerado dos postos de trabalho ocupados por este trabalhador, entre 1999 e 2002, que passam de 67.503 para 142.696 (Vieira et al., 2003). Tal crescimento relaciona-se ao contexto de reorientação do modelo assistencial, fortemente direcionado pelas formulações da política de saúde da esfera federal, especialmente através de normas e regulações<sup>18</sup> que visam priorizar o nível de atenção básica no sistema de saúde. Em outra pesquisa, intitulada “Análise da política de educação permanente em saúde”, na qual objetivava-se analisar os projetos de educação permanente aprovados pelo Ministério da Saúde, foi possível verificar que a maior parte dos projetos aprovados referem-se a propostas de cursos, em sua maioria na área de atenção básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF).

O crescimento desse trabalhador no setor saúde, bem como o incremento da ESF podem ser significativos de, pelo menos, duas lógicas políticas diferenciadas. De um lado, uma política que busca romper com o modelo hospitalocêntrico, visando reconfigurar a forma de atenção à saúde no país, como meio de avançar na concretização do SUS; de outro lado, uma política de focalização direcionada a grupos em estado de extrema pobreza, respondendo a maior inferência das políticas neoliberais aprofundadas a partir da década de 1990.

<sup>17</sup> A Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) é, desde 1975, uma base de dados de responsabilidade do IBGE, e atualmente possui o apoio do Ministério da Saúde. Seu principal propósito é definir o perfil da capacidade instalada em saúde, mediante o levantamento de dados cadastrais e gerais de estabelecimentos de saúde no país. A AMS se reporta, exclusivamente, ao núcleo de serviços de saúde, ou seja, os serviços produzidos em estabelecimentos especificamente voltados para a manutenção e recuperação da saúde. Possibilita, assim, acompanhar algumas das reconfigurações mais expressivas do setor nos últimos anos, valendo destacar: a municipalização, o aumento da escolaridade dos postos de trabalho e a expansão da flexibilização das relações de trabalho.

<sup>18</sup> Sobre concepções a cerca da atenção básica, ver Matta e Fausto, texto “Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas”, no livro *Estratégia Saúde da Família*, e ainda Silva Júnior e Alves, texto “Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas”, no livro *Estratégias de Atenção à Saúde*, ambos nesta coleção (N. E.).

## AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

Nesse sentido, Mendes (1994) analisa que, embora, na Constituição, tenha havido uma ruptura com os mecanismos de proteção social ligados aos interesses corporativos, elementos estruturais e conjunturais acabaram por favorecer um moderno setor privado que amplia sua clientela, através de mecanismos de financiamento. Assim, destaca que acaba ocorrendo uma 'universalização excludente' caracterizada pela seletividade dos grupos atendidos. Fleury (2004) caminha na mesma direção, destacando a regressão das propostas universalistas, na área da saúde, na década de 1990, ressaltando o caráter focalizado das ações para determinados grupos e territórios, operadas por organizações da sociedade civil, sob alegação de que deste modo os recursos chegariam de maneira mais eficaz aos necessitados, não se extraviando para grupos corporativos mais poderosos. Nesse sentido, a incorporação dos ACS na ESF estaria relacionada com a racionalização de custos a partir da inserção de uma mão-de-obra barata, com fracos vínculos empregatícios e de baixa qualificação.

Com efeito, o estudo "Monitoramento da implementação e do funcionamento das equipes de saúde da família", realizado entre 2001 e 2002 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, identificou que 20-30% de todos os trabalhadores inseridos nessa estratégia apresentavam vínculos precários de trabalho. Como mencionado, essa situação seguiu orientação da lógica predominante na década de 1990 que possibilitou que em 2002 o Ministério da Saúde admitisse a vinculação do ACS de forma indireta (Brasil, 2002c).

A fragilidade das modalidades de contratação desses trabalhadores parece contribuir com a alta rotatividade e a insatisfação profissional, podendo comprometer o trabalho realizado na Saúde da Família. No caso dos ACS, a situação apresenta-se ainda mais complexa. De acordo com os dados do departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, expressivo quantitativo dos mais de 217 mil trabalhadores em atividade no país apresenta inserção precária no sistema. São crescentes os processos judiciais que requerem os direitos trabalhistas desses profissionais, o que parece reforçar a necessidade de se buscar, definitivamente, uma saída para esse quadro.

## O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Parte importante do documento de referência da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde<sup>19</sup> é dedicada às questões que envolvem os ACS. De forma sintética, as propostas relativas à gestão do trabalho sinalizam para a necessidade de responsabilização do Ministério da Saúde em assumir o repasse de verbas e os direitos trabalhistas referentes ao trabalho dos ACS; estabelecer diretrizes orientadoras com critérios para elaboração de processo seletivo público de ACS, contemplando as normas do Programa Saúde da Família (PSF), com garantia de direitos trabalhistas e exigência de moradia na microárea; regularizar a condição trabalhista dos ACS com efetivação dos que já estão atuando e propor processo seletivo público para os novos agentes; abolir a terceirização no SUS, considerando o tempo de serviço dos ACS, para efeito previdenciário; incluir os ACS nos planos de carreira e assegurar maior reconhecimento do trabalho dos ACS, por meio de incentivo salarial.

O debate acerca da melhor alternativa de inserção dos ACS no SUS marca, reiteradamente, o cenário nacional de gestão do sistema público de saúde, e caracteriza a demanda por proteção social a esses trabalhadores.<sup>20</sup> Tal demanda insere-se como pauta de discussão, em grande medida, pelo fato de a Atenção Básica conformar-se como área prioritária de concentração de esforços, programas e incentivos financeiros e, ainda, por conta da maior organização desses trabalhadores que, através da Confederação Nacional dos ACS, vem pressionando no sentido de ampliar sua qualificação.<sup>21</sup>

<sup>19</sup> Denominada “Trabalhadores da saúde e a saúde de todos: práticas de trabalho, gestão, formação e participação”, realizada em março de 2006, em Brasília, foi estruturada a partir de quatro eixos temáticos: gestão democrática e participativa no trabalho em saúde: agenda estratégica e financiamento; gestão democrática e participativa na educação em saúde: agenda estratégica e financiamento; negociação na gestão do trabalho e da educação na saúde: valorização, humanização e saúde do trabalhador; e controle social na gestão do trabalho e da educação na saúde.

<sup>20</sup> Mais informações sobre esse processo podem ser encontradas em recente documento elaborado pelo Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS denominado “Orientações gerais para elaboração de editais – processo seletivo público” (Brasil, 2006).

<sup>21</sup> Dessa forma, a qualificação pode ser compreendida como arena política na qual se disputam credenciais que conferem reconhecimento e asseguram o acesso a classificações vigentes no mundo do trabalho. Pensada desse ponto de vista sociológico, a qualificação do trabalho é uma relação social complexa que varia, portanto, conforme a época e não apenas em função de aspectos técnicos e de organização do trabalho. Segundo Tartuce (2002), a questão da qualificação transforma-se, principalmente, em função de fatores morais e políticos presentes no julgamento que a sociedade faz sobre os trabalhos necessários à sua reprodução.

## AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

Atualmente, a Emenda Constitucional 51, de fevereiro de 2006, regulamentada pela lei 11.359, de outubro de 2006, expressa a mais recente conquista no que se refere ao ingresso desses trabalhadores no serviço público, estabelecendo o processo seletivo público que busca resolver as irregularidades dos vínculos de trabalho dos ACS e agentes de endemias.

### Considerações Finais

A partir do exposto, podemos perceber que tanto a formação dos ACS como sua inserção no SUS acontecem em um espaço de luta, onde diversos sujeitos coletivos debatem projetos de sociedade que envolve também a opção por determinado modelo assistencial de saúde. Entendemos que as demandas de formação técnica são urgentes e legítimas no sentido de ampliar a qualificação do trabalho dos ACS. No entanto, quando se parte da compreensão do conceito de qualificação como um processo socialmente construído, percebe-se que a análise do processo de qualificação dos ACS deve relacionar, dialeticamente, as questões relativas à formação profissional desse grupo com aquelas relativas à gestão do trabalho.

Nesse sentido, a compreensão do processo de qualificação dos ACS deve ser buscada na própria trama das relações políticas e técnicas presentes na dinâmica social.

### Referências

- ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Gestão do Trabalho: regulação x precarização – o fenômeno da terceirização no setor público de saúde*. Brasília, 2003 (Mimeo.)
- BAHIA, L. Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre público e privado. In: EPSJV. (Org.) *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- BOITO, J. A. *Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil*. São Paulo: Xamã, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos RH Saúde*. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS (CGDRH/SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 1993. (Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde)
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado. Brasília: Presidência da República, Câmara de Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

## O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. *Caderno do Mare*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. (Caderno 2 – Organizações Sociais)

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos NOB/RH-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (Apresentação da quarta versão)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde: um pacto tripartite*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. "Orientações gerais para elaboração de editais – processo seletivo público". Brasília: Ministério da Saúde, dez., 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas da Saúde: assistência médica sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estatísticas da Saúde: Assistência Médica Sanitária 2002*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

FLEURY, S. Contra-reforma e resistência. In: ROCHA, D. & BERNARDO, M. (Orgs.) *A Era FHC e o Governo Lula: transição?* Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2004.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In MENDES, V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

MENDES GONÇALVES, R. B. *A Investigação sobre Recursos Humanos em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993. (Relatório de seminário)

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

NEVES, L. A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia. In: NEVES, L. M. W. (Org.) *Pedagogia da Hegemonia: estratégias da burguesia brasileira para educar o consenso na atualidade*. Rio de Janeiro: Xamã, 2005.

NORONHA, J. C. & SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 445-450, 2001. Disponível em: <www.scielo.br>.

## AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

- SANTOS, I. & CHRISTÓFARO, M. A. C. A formação do trabalhador da área da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate, Cebes*, 14: 48-52, ago., 1996.
- SOUZA, M. A. A. et al. *Processo Educativo nos Serviços de Saúde*. Brasília: Opas, 1991. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, 1)
- PAIVA, C. H. A. A Organização Pan-americana da Saúde (Opas) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-1970). Projeto "História da cooperação técnica em recursos humanos em saúde no Brasil". Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <[www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/Opas.pdf](http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/Opas.pdf)>. (Documento preliminar)
- PIERANTONI, C. R. *Reformas da Saúde e Recursos Humanos: velhos problemas x novos desafios*, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- TARTUCE, G. L. P. *O Que Há de Novo no Debate da "Qualificação do Trabalho"? Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville*, 2002. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- VIEIRA, M. A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. In: EPSJV. (Org.) *Políticas de Saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- VIEIRA, M. et al. *As Ocupações Técnicas nos Estabelecimentos de Saúde: um estudo a partir dos dados da Pesquisa AMS/IBGE*. Brasília: MS, Profae, Samets, mar., 2003. (Relatório final)