UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM RECIFE

AUTORA: **AGLEILDES ARICHELE LEAL DE QUEIRÓS**

ORIENTADORA: LUCI PRACIANO LIMA
CO-ORIETADORA:PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

RECIFE
2008

AGLEILDES ARICHELE LEAL DE QUEIRÓS

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM RECIFE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA AO PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA UFPE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

ORIENTADORA: LUCI PRACIANO LIMA
CO-ORIETADORA:PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE

RECIFE
2008

Queirós, Agleildes Arichele Leal de

A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde em Recife / Agleildes Arichele Leal de Queirós. – Recife: O Autor, 2009.

153 folhas: Quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde da família, 2009.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Agente comunitário em saúde. 2. *Trabalho em saúde*. 3. Saúde da família. I.Título.

614.253.6	CDU (2.ed.)	UFPE
610.6953	CDD (22.ed.)	CCS2009-086

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRAND(O)A

AGLEILDES ARICHELE LEAL DE QUEIRÓS

No dia 28 de agosto de 2008, às 10:00 horas, no auditório do Núcleo de Saúde Pública – NUSP/ Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, os professores: Luci Praciano Lima (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE - Orientador) – Membro Interno, José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior (DO – Departamento de Saúde Coletiva – CPqAM/FIOCRUZ) – Membro Externo e Ronice Maria Pereira Franco de Sá (DO – NUSP – Núcleo de Saúde Pública da UFPE) – Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o(a) mestrando(a) Agleildes Arichele Leal de Queirós, sobre a sua Dissertação intitulada: "***A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM RECIFE***". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior — APROVADA

Profª. Drª. Luci Praciano Lima — APROVADA

Profª. Drª. Ronice Maria Pereira Franco de Sá — Aprovada

Prof. Dr. ***José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior***

Profª. Drª. ***Luci Praciano Lima***

Profª. Drª. ***Ronice Maria Pereira Franco de Sá***

A minha mãe por ter me ensinado, muito cedo, que todos são iguais mesmo sendo diferentes. A meu pai e aos meus irmãos pelos passos. A CIRANDA e a UFPE pelo caminho. E ao ACS pela motivação da luta.

AGRADECIMENTOS

Ao PIPASC e a UFPE por ter sido mais do que uma escola, uma verdadeira praça de encontros de pessoas, de política, de conhecimento, e de formação de sujeitos.

À Luci pelos momentos de diálogos e cumplicidades.

À Paulette pelas conversas e partilha de ideais.

Ao companheiro Itamar Lages pelo reconhecimento na luta e na defesa radical do SUS.

Aos mestres como Laura, Ronice, Rubens, Débora Bertussi, Anita, Valdilene, Ângela, Paulo Santana, Fátima Souza, Bernadete Peres, que inquieta pedia auxilio.

Aos familiares, pela ausência em momentos importantes.

Ao meu Pai pelas orações e amor, a Aislan pela companhia e cuidado, a Chele pelo apoio e dedicação, a Agna pelo exemplo de perseverança, a Avelange e Sirlégia pela melhor surpresa – Gabriel.

À Mariana Leal e a Manú pelo amor fraterno, pelo companheirismo e pela produção coletiva.

À Ingrid por fazer parte viva dessa reconstrução.

À Lívia, Lorena, Odete, e Antonio, pelas mãos que apóiam, escrevem e cuidam.
.
Aos amigos irmão e irmãs: Fabiana, Amanda, Luis, Pedro, Marcinho, Filipe Proenço, Thiago, Mari Pires, Fábio Lessa (in memória) pelo cuidado fraterno.

Às irmãs que constroem uma escada pra lua: Edna pela leveza, presença e capacidade de ser mais; Turla pela invenção de nos juntar – Mosaico; Cintia que orienta pela sua obra.

À CIRANDA, ao CAFISIO, à ENEFI, ao DAMUC e Josué, a QUIZOMBA - ao Movimento Estudantil que me ensinou que os valores e os princípios produzem a luta por um mundo socialista.

Aos sempre companheiros (as): Carlinha, Aristides, Bernardo, Sadi, Débora, Giliate, Rafaela Ruiva, Samuel, Rafael Energia, Castanha, Asas, Leandro, Lincoln, Vânia, Anderson, Hadit, Mariana Martins, Rodolfo, Mayra, Isaias, Claudinha, Cariri, Manoel, Carlos Silvan, Tâmara, Anja, Oris, Jarbas, Tiago Feitosa, Luciana Pereira, Vera Rocha, Carla, Simone, Pacheco, Tadeu, Thadeu, Joaquim, Adriano, Aninha, Dani, Juliana, Guapo, Ângela.

Aos entrevistados que compartilharam seus saberes.

À SMS de João Pessoa, e a todos que a constroem pela oportunidade da práxis.

A CAPES pelo apoio financeiro.

Aos companheiros (as) do PIPASC: Moreira, Luciana, Izabel, Polyanna, Vivi, Ana Paula, Renata, Gerard, Rogério, Carol, Penha, Wanessa, Rita, Professora Heloisa, Socorro (e todos do NUSP).

A minha mãe, Zi (in memória), pelo privilégio de aprender sobre o mundo.

Aos lutadores e lutadoras que sonham e constroem uma sociedade justa.

Vim pelo caminho

difícil,

a linha que nunca

termina,

a linha bate na pedra,

a palavra quebra

uma esquina,

mínima linha vazia,

a linha, uma vida

inteira,

palavra, palavra

minha.

(Paulo Leminski)

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

QUADRO 1 – PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE **30**

QUADRO 2 – GUIA DO MÉTODO DIALÉTICO **53**

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Ação Popular
APS	Atenção Primária á Saúde
ASA	Agente de Saúde Ambiental
BM	Banco Mundial
CEB	Comunidades Eclesiais de Base
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde Coletiva
CEDI	Centro de Estudos e Documentação e Informação
CEPIS	Centro de Educação Popular do Instituto *Sedes Sapientae*
CESE	Coordenadoria Ecumênica de Serviços
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONAS	Conselho de Secretários Estaduais de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CORES	Coletivo de Residência em Saúde - Pernambuco
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNTSS	Confederação Nacional dos Trabalhadores em seguridade Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CUT	Central Única dos Trabalhadores
ENEMEC	Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária

ESF	Equipe de Saúde da Família
FLACS	Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Aparelho do Estado
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MEP	Movimento de Educadores Populares
MOPS	Movimento Popular de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Pública
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PO	**Política Operária**
PSCA	Projeto de Saúde de Casa Amarela (Bairro do Recife-PE)
PROESF	Programa de Implementação do PSF nos conglomerados urbanos

PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SIDACS	Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde
SINDSPREV	Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Previdência Social de Pernambuco
SMS-Recife	Secretaria Municipal de Saúde de Recife
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
USF	Unidade de Saúde da Família

RESUMO

O marco histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Saúde da Família fez do Agente Comunitário de Saúde (ACS) uma importante estratégia na produção de cuidado integral, equânime e universal, além de um dispositivo para reorientação do modelo de saúde. O presente estudo tem como objetivo apreender movimentos instituintes e instituídos que produziram historicamente o Agente Comunitário de Saúde – ACS enquanto trabalhador. Busca-se ainda, mostrar a movimentação da sociedade e dos sujeitos num processo complexo de lutas, negociações e arranjos políticos. Partindo da afirmativa que a estruturação da prática profissional se dá na sociedade através da correlação de forças da ordem instituída versus o movimento instituinte, essa pesquisa pretende entender como ocorrem as movimentações que traduziram/traduzem a institucionalização do trabalho do ACS. O conjunto de relatos, sob uma perspectiva materialista e dialética, foi entrelaçado na busca de significar o processo histórico, que nesse trabalho chamaremos de mosaico. A organização do estudo partiu da leitura conjuntural, histórica e governamental, do Estado brasileiro e da cidade do Recife, na busca de compreender as determinações sócio-políticas que produziram a estruturação das suas políticas de saúde. Não se teve pretensão de desvendar todo o contexto em que isso aconteceu, o que se propôs foi trazer informações que possibilitassem a ampliação do olhar sobre o cenário em que a conformação do trabalho do ACS vem sendo conformada. Espera-se que tais elementos possam fomentar o debate acerca dos caminhos que foram trilhados no passado, na perspectiva de que surjam discussões e reflexões sobre os desafios para a produção do trabalho inserido numa condição socialmente justa.

Palavras-chave: Trabalho em Saúde; Saúde da Família; Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

For this study the institutionalization of the ACS is pervaded by a joint enters the process of accumulation of the capital, the complex fights of classroom and the forms of political organization of the State and the society. The work of the ACS was forged as social legitimated occupation and it is immersed in scenes and in determined partner-historical conditions. Leaving of the affirmation that the regulation of the work is a contradictory process, defined for a way of joint of the complex relations of a social totality, became necessary to the understanding of the instituintes and instituted processes that had produced this institutionalization. The necessity to understand the context of the country and the city of Recife on this movement, excited this inquiry. Being thus, it was tried to elucidate questions that had meant the process of conformation of the work of the ACS. The study adopts a qualitative boarding, whose methodological theoretical tool is based in the dialectical materialism. To proceed the analysis on the considered subject it was delimited four historical moments: the sprouting of the Communitarian Agent of Health; its insertion in the health politics; the fight for the regulation; and the institutionalization of the work. Therefore, it was looked to develop in the chapters an analysis of the institutionalization of the work of the ACS, that had beginning in the end of the decade of 60, in full military dictatorship. In this period the population suffered with the repression of the dictatorship, and with the precarious conditions of health. When searching strategies of confrontations for the evils caused by the politics and for the health lack, the popular movements had been organized. In the decade of 70 and 80, in the fight for the redemocratization of the country, the popular movement in set with other movements and entities conquered, legally, an universal system of health, the SUS. In years 90, in the search for the regulation of the SUS, and for the insertion of the ACS, it was produced confrontations and pacts with the neoliberal governments: Collor, Itamar and FHC. In the Lula government a new perspective confides with the agenda of the desprecarização of the work, and in the case of the ACS, with the law that regulates and inserts them as a public officer. Although the advance, this measure is insufficient to face in this government a new social pact between capital and work.

Keywords: Institutionalization; Work; Agent Community Health

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 15

CONTANDO A HISTÓRIA: PRODUZINDO O MOSAICO.....15
COMO CONSTRUÍ MEU OLHAR: METODOLOGIA E REFERÊNCIAS . 19

CAPÍTULO 1 – O MUNDO DO TRABALHO: CENÁRIO DE REPRODUÇÃO DA SAÚDE..... 24

1.1 - A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA DO CAPITAL E O TRABALHO EM SAÚDE 24
1.2 - A PROTEÇÃO SOCIAL E O TRABALHO EM SAÚDE 32

CAPITULO 2 – A POLÍTICA DE SAÚDE NA COMUNIDADE 35

2.1 - A ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA E A SAÚDE 35
2.2 – O SUS E A INSERÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE 38

CAPÍTULO 3 - CAMINHOS METODOLÓGICOS: A MONTAGEM DE UM MOSAICO..... 43

3.1 – ARCABOUÇO TEÓRICO-METODOLÓGICO: ARGAMASSA PARA SE JUNTAR PEDAÇOS E OLHARES INTERPRETATIVOS 44
3.2 - CENÁRIO: ONDE, COMO, O QUE/QUEM, QUANDO? 45
3.2.1 - ONDE: RECIFE FALANDO PARA O MUNDO 45
3.1.2 – COMO? 46
3.2.3 - O QUE/QUEM? 47
3.2.4 – QUANDO? 50

3.3 – ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL DE PESQUISA: CAMINHOS E DESCAMINHOS..... 50

CAPÍTULO 4 - ANALÍSE DOS RESULTADOS 55

4.1 - AGENTE COMUNITÁRIO: UM NOVO TRABALHADOR NA RODA DA SAÚDE..... 55
4.1.1 - MOVIMENTOS POPULARES INSTITUINTES E O SURGIMENTO DO AGENTE DE SAÚDE 55
4.1.2 – A LUTA PELA INSERÇÃO E REGULAMENTAÇÃO EM RECIFE 63

4.2 - O ACS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA DÉCADA DE 90..... 68
4.2.1 – OS PROCESSOS INSTITUÍDOS NO GOVERNO COLLOR E ITAMAR 68
4.2.2 – OS PROCESSOS INSTITUINTES E AS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS 74

4.2.3 – OS MOVIMENTOS POPULARES E OS PROCESSOS INSTITUINTES 77

4.3 – ACS: A LUTA PELA REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO 82

4.3.1 - REMANDO CONTRA A MARÉ OU O MARE..... 82
4.3.2 – O QUE MESMO AVANÇOU?..... 86
4.3.3 - OS MOVIMENTOS DE REGULAMENTAÇÃO DO VINCULO DO ACS EM RECIFE 90

4.4 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DO ACS..... 96

4.4.1 - CAMINHANDO PARA A REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO..... 96
4.4.2 - EM RECIFE: “A GRANDE OBRA É CUIDAR DAS PESSOAS?!” 108
4.4.3 - O ACS EM RECIFE: “QUANDO OS NOVOS SUJEITOS RESSURGEM NA CENA..... 118

CONSIDERAÇÕES FINAIS: UM COMEÇO 125

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 130

ANEXOS 137

A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE
B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS
C- FERRAMENTAS DE ORGANIZAÇÃO DO TEXTO DISCURSIVO

INTRODUÇÃO

> "Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem como querem, não sobre circunstâncias de sua escolha e sim com aquelas com que se defrontam diretamente, ligadas e transmitidas pelo passado". Marx (1978)

CONTANDO A HISTÓRIA: PRODUZINDO O MOSAICO

> Mosaico é a arte de produzir, através de pequenos cacos ou outros produtos, desenhos e criações das mais diversas. Estes desenhos criados variam em formatos, cores e motivos. Cada obra é única em sua criação e muito difícil de ser reproduzida, pois o seu trabalho artesanal cria motivos dos mais complexos e diversificados.
> (Lucidio Moraes, 2008)

Ler o cenário, compreender o contexto, tentar interpretá-lo e descrevê-lo não pode ser uma ato focalista, estático e a-histórico. Dessa forma, assumir tal posição é afirmar que a pesquisadora, nesse momento, encontra-se com total liberdade para desenhar esse escrito. Assim, toma a posição de quem opta por fazer uma reflexão crítica sobre o contexto social, ao olhar para os processos que fazem contra-hegemonia e que podem produzir um mundo justo, construído por trabalhadores e para trabalhadores.

> Uma sociedade que sonha com ir se tornando, no desenvolvimento de seu processo, uma sociedade de trabalhadores, não pode deixar de ter, no trabalho livre, na produção do socialmente útil, uma fonte fundamental do homem novo e da mulher nova, coincidentes com tal sociedade. (FREIRE, 1978: 72).

Neste sentido, destaca-se a oportunidade de lançar um olhar crítico sobre o fenômeno que está em análise, com o objetivo de contribuir com a construção de um conhecimento que não se propõe ser verdade, mas que se mostre como uma das formas de olhar os objetos aqui detalhados.

Na estruturação desse texto, entende-se que as palavras, se usadas como instrumento de submissão e descrição estática do mundo, acaba por se tornar fragmentos, pedaços, e têm, portanto, seu sentido limitado. A palavra na condição de linguagem torna-se viva, impregnada de sentido. Esta se apresenta como um mosaico, um espaço de reflexão, apresentação e

construção de significado. Para isso, torna-se fundamental o diálogo entre as partes que se inter-relacionam, o que possibilita a interessante composição desses pedaços em um desenho vivo e dinâmico.

O conjunto de relatos faz parte de um entrelaçamento de idéias, valores e sentimentos, que constroem gradualmente uma interpretação de um processo histórico. Frutos de uma composição complexa de pequenas partes singulares, cada pedrinha tem um valor próprio e um valor diferente na imagem mais ampla que compõe. Não há como isolar um elemento do outro, as partes são totalidades.

Tais considerações sugerem que um dos grandes desafios desta pesquisa é fazer a composição de todas as partes, oportunamente relatadas pelos sujeitos que contaram a história, dialogando com a produção reflexiva do cenário e das questões. Para tanto, o caminho metodológico exige sucessivas aproximações e distanciamentos.

Torna-se importante encontrar uma forma de narrar que converse com o leitor e facilite a reconstrução da história aqui contada. E nesse momento Clarice nos lembra "= = = estou procurando, estou procurando, estou tentando entender = = =" para fazer dessa história um conto reflexivo.

Descrever, escrever, transcrever... Ver... Não saber qual complicado é a engrenagem. E que os atores[1] na busca da sua localização da cena narrada vigiam, aperfeiçoam e, se impõem. Sendo que as palavras cutucam, as falas tomam vida própria, e o tempo passa... Horas de conversas e de histórias que ajudam a compor o mosaico que é essa dissertação. E aí se monta o quebra cabeça, que agora também faz parte de quem o narra e, como uma contadora "vou" significando.

O processo de produção desse pré-texto foi um pretexto que propiciou grandes e intensas reflexões teóricas, metodológicas e para a vida. Amadurecer idéias e ações leva a

[1] Chamo de atores as pessoas entrevistadas nesse estudo.

acolher críticas e aconselhamentos feitos por amigos (as), professores (as), orientadoras e colegas. A sensação de escrever sobre um tema e na companhia de autores que suscitam provocações requer um esforço maior e mais generoso. Esforço esse que, talvez, ainda não tenha sido bem sucedido. De qualquer forma, hoje se tem muito mais humildade e instigação em cumprir a tarefa em que a pesquisadora se encontra apaixonada.

Todos os referenciais fazem parte da história da pesquisadora e da sua luta radical em *defesa do Sistema Único de Saúde - SUS, da vida, e por justiça social*. Oportunizada pelo Movimento Estudantil, encontrou na organização dos trabalhadores fortes indícios para acreditar que a luta social e o enfrentamento político se fazem necessários para a construção de uma sociedade mais justa, ao mesmo tempo em que, se precisa produzir conhecimento e estratégias para alicerçar a luta e uma nova sociedade.

O momento atual propicia um processo de reflexão e de ação, já que o objeto em estudo, nesse momento é também o objeto de trabalho da pesquisadora. A mesma encontra-se coordenando o Curso de Formação Técnica dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS de João Pessoa - PB, tendo a oportunidade de confrontar no campo da prática os achados de sua pesquisa.

O estudo tem por essência a implicação da pesquisadora com o desafio de produzir conhecimento que corrobore com reflexões e intervenções no campo do trabalho em saúde e, com a compreensão da categoria marxista do trabalho na identificação de trabalhadores, de seus arranjos, e das diversas conformações de classe social. Neste sentido, propõe-se a análise sobre o ACS, pelo reconhecimento de que esse é, dentro do campo da saúde, um trabalhador estratégico para estudar as novas morfologias do trabalho em serviço, e s intervenção dessa categoria frente às lutas sociais.

O encontro com o ACS foi cada vez mais significativo, uma vez que é esse o trabalhador que se encontram mais perto do território-processo, onde as disputas se expressam

em uma arena de ideologias alienantes ou em contextos libertadores de trabalhadores apropriados de seus processos de trabalho. Todo esse contexto (trans)forma a posição da pesquisadora, que, neste instante, coloca-se frente ao seu "objeto de estudo".

Essa pesquisa tem como objetivo apreender movimentos instituintes e instituídos que produziram historicamente o ACS enquanto trabalhador. Não se tem pretensão de desvendar todo o contexto em que isso aconteceu, entretanto, propõe-se a trazer informações que possibilitem a ampliação do olhar sobre o cenário em que acontece a conformação do trabalho do ACS. Além disso, pretende-se trazer elementos que fomentem o debate sobre os caminhos que foram trilhados no passado, no sentido de construir discussões e reflexões sobre os desafios em curso.

O presente estudo está organizado em duas partes. Na primeira faz-se um levantamento teórico do tema em questão e, apresenta-se a organização metodológica utilizada para auxiliar na compreensão da implicação desse trabalhador na sociedade capitalista; na segunda procura-se apreender os aspectos da gênese e do desenvolvimento do trabalhador ACS inserida no seu processo sócio-histórico, em Recife e no Brasil.

Para alcançar o objetivo esse trabalho tentará juntas as partes contadas no arranjo que chamamos de MOSAICO, e este, e produzido a partir de um olhar, a dialética. O capítulo 1 traz considerações sobre o mundo do trabalho, a condição fundante do ser social, a proteção social, e as políticas de saúde, do surgimento do ACS ao processo de institucionalização enquanto produção do Estado. O 2º é o marco teórico sobre o cenário sócio-político em que surgiu o ACS, sua inserção comunitária, e o processo de institucionalização do seu trabalho. O capítulo 3 é a forma de olhar para o estudo: o objeto e o sujeito em questão, e a forma de apresentá-lo. O 4º mostra o contexto apreendido da história contada em seus diversos momentos políticos, que sejam o nacional e o local. É uma aproximação da complexa relação social em que o trabalho se constituiu e se significa sócio ocupacionalmente.

A investigação se revelou excessivamente ambiciosa e, portanto, inacabada e insuficiente. As condições que alicerçam um trabalho como esse, requerem mais aprofundamento e análise. Diante do prazo extremamente limitado, face à abrangência do tema, a dissertação servirá, talvez, como estímulo para que o grupo que nele trabalhou e para aqueles que lêem, sintam-se provocados a continuá-lo.

COMO CONSTRUI MEU OLHAR: METODOLOGIA E REFERÊNCIAS

Vim pelo caminho difícil,
a linha que nunca termina,
a linha bate na pedra,
a palavra quebra uma esquina,
mínima linha vazia,
a linha, uma vida inteira,
palavra, palavra minha.
(Paulo Leminski)

O inventário no qual me debruço tem compromisso ético-político, e grandes desafios, que partem da forma de produzi-lo e, do próprio método de investigação que é a dialética. Para ser coerente, esse estudo precisou assumir matriz de orientação, uma vez que, *abordar um tema candente e relevante política, ideológica e teoricamente, e, contraditoriamente, expor-se a um conjunto de riscos dos quais o fundamental é o da banalização ou simplificação* (FRIGOTTO, 1987, p.71). Sendo assim, estruturar uma pesquisa na perspectiva materialista é, antes de tudo, uma investida complexa e arriscada.

> Na perspectiva materialista histórica, o método está vinculado a uma concepção de realidade, de mundo e de vida no seu conjunto. A questão da postura, nesse sentido, antecede ao método. Este se constitui numa espécie de mediação no processo de apreender, revelar e expor a estruturação, o desenvolvimento e transformação dos fenômenos sociais. (FRIGOTTO, 1987)

Sendo assim esse estudo fará a árdua tentativa de ser guiado pelos princípios da dialética, que são:

- Totalidade - tudo se relaciona;
- Movimento - tudo se transforma;

- Mudança qualitativa - a transformação das coisas não se realiza num processo circular de eterna repetição [...] pode operar pelo acúmulo quantitativo;

- Contradição - unidade e luta dos contrários, onde a transformação das coisas só é possível porque no seu próprio interior coexistem forças opostas.

O método dialético nos incita a revermos o passado à luz do que está acontecendo no presente; ele questiona o presente em nome do futuro, o que está sendo em nome do que "ainda não é" (KONDER, apud ERNST BLOCH, p.84). É importante compreender que dialética é posição, método e práxis. E afirmamos que tanto esse trabalho pretende fazer essa aproximação, quanto reconhece no fazer do ACS, um processo dialético, como afirma o Entrevistado 2:

> Se eu ficar aqui, sentadinha esperando que a Prefeitura venha calçar a rua, fazer o esgotamento sanitário, não vem! Porque a única coisa que cai do céu é chuva, e quando Deus quer. (...) Então, tem que lutar. E isso a gente começou a perceber e a tentar fazer com que o povo acorde; e é um trabalho que eu não sei se os meus netos conseguirão fazer, mas a gente começou, pelo menos(M1)!

Para complementar esse arcabouço teórico, têm-se ainda as contribuições de Lourau (1975), sobretudo porque interpreta que as instituições se configuram por processos de embate entre elementos instituídos (tese) com aqueles instituintes (antítese), que podem culminar na configuração de um novo contexto institucional, através de um processo de institucionalização (nova tese) (Lourau, 1975).

A prática profissional institucionalizada tem seus limites, e a esta se tenta impor regras, normas e parâmetros para sua execução. Para Serra (1986) "essa tentativa não se efetiva sem que ocorra uma luta constante entre as forças contrárias", e a resultante desta é dada pelo domínio do poder institucional, "pela correlação de forças entre aqueles que ditam e impõem as leis e normas e aqueles que exercem a prática institucional". Ao conceituar instituição Albuquerque (1980) a apresenta como "uma estrutura de práticas institucionalizadas e que, por isso, ela não poderá existir senão na prática dos atores concretos

que a constituem praticando-a". Na tentativa de compreender o significado social da prática profissional do ACS essa pesquisa busca na referência de Iamamoto contribuições.

> A apreensão do significado histórico da profissão só é desvendada em inserção na sociedade, pois ela se afirma como instituição peculiar na e a partir da divisão social do trabalho. Como a profissão só existe em condições e relações sociais historicamente determinadas, é a partir da compreensão destas determinações históricas que se poderá alcançar o significado social desse tipo de especialização do trabalho coletivo (social), mais além da aparência em que se apresenta em seu próprio discurso, e, ao mesmo tempo, procurar detectar como vem contribuindo, de maneira peculiar, para a continuidade contraditória das relações sociais, ou seja, do conjunto da sociedade. (IAMAMOTO, 1996)

O instituído segundo Marcuse é a "concretização sob a forma de estruturas de normas e valores dominantes, representa a materialização do princípio de realidade" (Marcuse, 1998); ou seja, o arranjo de uma instituição ou a maneira que os serviços de saúde se produzem reflete interesses, diretrizes e valores dominantes em um determinado momento e em um dado contexto, concorrendo para que cada modo específico de organizar a vida sirva à concretização de determinados objetivos e não de outros. Sendo assim, a lógica de organização do governo e dos processos de trabalho não são desinteressados.

O cenário e as condições que conformam o trabalho, como ocupação socialmente legitimada suscita o processo de investigação e a necessidade de compreender os caminhos de sua institucionalização. Ao tentar descrever esse percurso emergem alguns conceitos, dentre eles a **institucionalização**, que para a pesquisadora Solange L´abbate está imerso na compreensão de Lourau sobre a instituição, que diz:

> A mesma é uma relação dialética entre três momentos: o instituído[2], ou seja, o conceito definidor, de caráter quase universal, que é o que nos permite, por exemplo, nomear uma instituição onde o objetivo é educar de escola, ou a instituição onde se cuida da saúde de Centro de Saúde; o instituinte, ou seja, o conjunto de processos, de relações, enfim, que fazem aquela escola, aquele Centro de Saúde funcionar de forma diferente de outros [...]; e, finalmente, o momento da institucionalização, produto da relação dialética entre o instituído e o instituinte, que permite visualizar momentânea e localizadamente como os processos mais

[2] Segundo Testa "a legitimidade é precisamente, o que constrói o instituinte, enquanto que a legalidade é o que estabiliza o instituído" (TESTA, 1997:59-60).

> formais e mais inovadores se relacionam, até para entender limites e possibilidades de transformação. (1997, p.280)

Já Nunes (1998, p.8), ao utilizar o termo instituição, o vê como "espaços de poder e campo de forças que estão distribuídos em estruturas flexíveis", e que estes se comportam como campos de "tensões em torno de idéias e projetos". A autora reitera que no processo de estruturação de projetos, os sujeitos se constroem.

Testa (1995, p.70) parte do pressuposto que uma estratégia institucional é a que se desenvolve no e a partir do espaço institucional e nesse se agrupam trabalhadores que se ordenam segundo dois critérios básicos: a divisão social e técnica do trabalho[3], junto com a propriedade dos meios de trabalho e o domínio de seus processos.

Ainda discorrendo sobre o processo de institucionalização, faz-se necessário, remeter ao que analisa Testa (1992) quanto ao papel do Estado nas formações sociais capitalistas, que estão em dois níveis de agregação:

> O que é caracterizado por seu funcionamento de conjunto homogêneo, e o que revela suas contradições internas, com diferentes graus de heterogeneidade. No primeiro desses níveis, o principal papel das Instituições de Estado é o de garantir a continuidade do sistema capitalista, e, na medida do possível, a relação das contradições geradas dentro dos grupos dominantes. No segundo nível de agregação, surgem elementos de heterogeneidade dentro das Instituições do Estado, que podem dar lugar a contradições que levam à criação de condições favoráveis ao desenvolvimento ou ao fortalecimento dos conflitos interclasses. (p.111-2)

A construção das políticas tem imbricadas em seus arranjos, visíveis ou camufladas, as contradições e os conflitos sustentados por um elo de relações institucionais de poder e os regulamentos que asseguram a continuidade da dominação institucionalizada (LUZ, 1981). A hegemonia é explicitada por Luz, e elaborado por Gramsci "como poder político-ideológico que a classe dominante procura estender ao conjunto da sociedade, à totalidade das classes e grupos sociais". (LUZ, 1981)

[3] Há muita contradição quanto aos critérios que sustentam a divisão técnica. Já na divisão social do trabalho, esta é significada, aparentemente, sobre a hierarquização do conhecimento ou de uma operação de um status social. (Testa, 1995. p. 70)

Na empreitada de delinear o horizonte institucional, que significa a construção de uma profissão, encontram-se as reflexões do professor José Paulo Netto (1992, p.68), que ao estudar o assistente social, explica que:

> Um tal mercado não se estrutura, para o agente profissional, mediante as transformações ocorrentes no interior do seu referencial ou no marco de sua prática; antes, estas transformações expressam exatamente a estruturação do mercado de trabalho, na emergência profissional do serviço social, não é este que se constitui para criar um dado espaço na rede sócio-ocupacional, mas é a existência deste espaço que leva à constituição profissional.

Partindo da afirmativa que a estruturação da prática profissional se dará na sociedade através da correlação de forças da ordem instituída versus o movimento instituinte, essa pesquisa buscará entender como ocorrem as movimentações que traduziram/traduzem a institucionalização do trabalho do ACS.

A organização do estudo partiu da leitura conjuntural, histórica e governamental, do Estado brasileiro e da cidade do Recife, na busca de compreender as determinações sócio-políticas que produziram a estruturação das suas políticas de saúde. Outro enfoque são os atores que produzem movimentos e arranjos na disputa da contra-ordem por dentro e por fora desse próprio Estado. E assim, visualizar a resultante desse na conformação do trabalho do ACS.

CAPÍTULO 1 – O MUNDO DO TRABALHO: CENÁRIO DE REPRODUÇÃO DA SAÚDE

1.1 - A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA DO CAPITAL E O TRABALHO EM SAÚDE

"Liberdade é a

consciência da necessidade" (Marilena Chauí, 1992)

Compreende-se que as mudanças no mundo do trabalho e a interrogação sobre a sua centralidade na sociedade contemporânea têm provocado incansáveis debates e reflexões. Marx (2006, p.202) assinala que o trabalho está presente na relação do homem com a natureza desde os tempos remotos, consistindo num processo em que o ser humano com sua própria ação – impulsiona, regula, e controla seu intercâmbio material com a natureza. Pondo em movimento as forças vitais de seu corpo, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza externa, ao mesmo tempo, modificando-as. Sendo essas características que distinguiria o homem dos outros animais.

Na sociedade atual, assiste-se a alterações que conduzem profundas transformações na vida dos seres humanos, tanto nas suas relações subjetivas (valores) quanto objetivas (atos), expressas nas suas condições individuais e coletivas. O ser humano deixa de ser "natural" e se constitui enquanto ser social, segundo Marx, quando ele transforma a natureza para responder as suas necessidades, tendo como categoria fundante o trabalho[4]. Neste processo ocorrem mudanças da relação do homem[5] com a natureza e com ele mesmo, enquanto contexto histórico essas transformações têm criado e transformado valores, além das relações de produção e de poder.

[4] "O trabalho implica, pois, um movimento indissociável em dois planos: num plano subjetivo (pois a prefiguração se processa no âmbito do sujeito) e num plano objetivo (que resulta na transformação material da natureza); assim, a realização do trabalho constitui uma objetivação do sujeito que o efetua." (NETTO, 2006, p.32).

[5] Optou-se por utilizar o termo homem, que é assim que Marx faz referência, embora se compreenda que se trata de humano.

O esforço aqui presente é o de reconhecer as transformações no mundo do trabalho, a dinâmica dos processos que ocorrem no ambiente de serviço, dimensionando as tensões inerentes ao processo de trabalho[6] e ao processo de valorização[7]. Marx (2006) parte do pressuposto de que o caráter místico da mercadoria não está contido nem no valor de uso nem no valor de troca, pois ambos escondem o segredo presente na mercadoria – o valor de trabalho, que evidencia que a mercadoria é trabalho social cristalizado e alienado.

O homem enquanto ser social e histórico faz uso da matéria-prima e desenvolve meios de produção e produtos que atendam as suas necessidades. No sistema capitalista o ser humano-trabalhador é separado dos seus meios de trabalho e transformado em força de trabalho[8], e como tudo, torna-se mercadoria. E com o aumento da produção gerado pelo trabalho excedente (sobreproduto social) torna mais importante a mercadoria e suas formas de produção e consumo. Para o marxismo a expropriação dos meios de produção e a forma como a classe dominante imprimiram o desenvolvimento das forças produtivas impactou na divisão social do trabalho e teve como suporte a exploração das classes sociais (MARX, 1998).

Segundo Amaral (2002, p.58) "*o discurso da crise[9] econômica e os ajustes e reformas utilizadas pelo capitalismo mundial vêm afetando, sobretudo, as práticas do trabalho, incidindo no conteúdo que caracterizaram os embates e conflitos entre capital e trabalho*". No inicio da década de 70, o capitalismo viu-se frente a um quadro crítico. Este o levou a um amplo processo de reestruturação, que afetou fortemente o mundo do trabalho (ANTUNES, 2005). Tal situação ocorreu devido à queda da taxa de lucro do capital nos países centrais,

[6] "No **processo de trabalho**, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumento de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. O produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptados às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou". (MARX, 2006, p.214)

[7] "O produto, de propriedade do capitalista, é um valor-de-uso [...]. Na produção de mercadorias, nosso capitalista não é movido por puro amor aos valores-de-uso. Produz valores-de-uso apenas por serem e enquanto forem substratos materiais, detentores de valor-de-troca [...]. Além de um valor-de-uso, quer produzir mercadorias; além de valor-de-uso, valor, e não só valor, mas também valor excedente (mais-valia)." (MARX, 2006, p.220).

[8] "Trata-se da energia humana que, no processo de trabalho, é utilizada para, valendo-se dos meios de trabalho, transformar os objetos de trabalho em bens úteis à satisfação de necessidades." (NETTO, 2006, p.58).

[9] A história do desenvolvimento do capitalismo é a história de sucessão de crises econômicas. Até a crise de 1929, os ciclos tinham uma duração de aproximadamente 8 a 12 anos; a partir da Segunda Guerra Mundial, esses ciclos encurtaram, e os impactos se tornaram menos catastróficos.

baixando os índices de crescimento da produção e da produtividade e, em decorrência disso, um crescente desemprego. Segundo Antunes (2005, p.31):

> A crise do fordismo e do keynesianismo era expressão fenomênica de um quadro crítico mais complexo". Ele exprimia em seu significado mais profundo, uma crise estrutural do capital [...] Com o desencadeamento de sua crise estrutural começava também a desmoronar o mecanismo de "regulação" que vigorou, durante o pós-guerra, em vários países capitalistas avançados, especialmente na Europa. Como resposta à sua própria crise, iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desmontagem do setor produtivo estatal [...] a isso se seguiu também um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho.

Rago (1987) defende que o paradigma taylorista/fordista ou o modo de produção fordista, mais do que um modo de produção, representa também uma forma de dominação do capital, que expropria do trabalhador seu saber específico, desqualifica seu ofício e desorganiza sua forma de luta política. Contudo, a crise que resultou no ajuste, que se definiu como reestruturação produtiva, significou à alteração do padrão produtivo: fordista-taylorista para acumulação flexível[10], com a preservação do modo de produção. Segundo Harvey:

> Não está claro se os novos sistemas de produção e de marketing, caracterizados por processos de trabalho e mercados mais flexíveis, de mobilidade geográfica e de rápidas mudanças práticas de consumo garantem ou não o título de um novo regime de acumulação nem se o renascimento dos empreendimentos e do neoconservadorismo, associado com a virada cultural para o pós-modernismo, garante ou não o título de um novo modo de regulamentação. Há sempre o perigo de confundir as mudanças transitórias e efêmeras com as transformações de natureza mais fundamental da vida político-econômica. (1998, p.119)

A reestruturação produtiva e seus reflexos na organização do trabalho vêm sendo objeto de estudo de pesquisadores de diversas áreas. A importância deste tema parece estar na sinalização das transformações que vem ocorrendo, via introdução de inovações tanto tecnológicas como organizacionais e de gestão, que busca alcançar uma organização do trabalho integrada e flexível. A organização e a gestão do trabalho baseavam-se em elementos

[10] "[...] se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracterizam-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimentos de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional." (HARVEY, 1998, p.140).

como divisão das tarefas e, conseqüentemente, a especialização do trabalhador, separação entre execução e produção e, aumento do controle. Tais elementos têm ocasionado alterações no volume de empregos, no perfil de qualificação dos trabalhadores, nos padrões de gestão da força de trabalho e, nas relações interpessoais e institucionais.

No Brasil a reestruturação produtiva veio em resposta à necessidade de ajuste aos padrões internacionais de produtividade e de qualidade, elementos básicos de competitividade nesse novo cenário. O que trouxe em seu bojo, questionamentos como o da inadequação dos princípios tayloristas/fordistas às novas condições do mercado, assim como difundiu os novos conceitos de automação, flexibilidade, produção enxuta, qualidade total, descentralização produtiva, entre outros, que em sua maioria, são derivados dos métodos de gestão da indústria japonesa. Como fortes impactos da reestruturação destacam-se a precarização das relações de trabalho e o desemprego. (ANTUNES, 2005)

Serra (2001) tem abordado a temática do mercado de trabalho nos seus estudos e chama a atenção para um requisito importante nas três últimas décadas do século XX: o impacto da metamorfose do trabalho sobre as forças produtivas; e a alteração da estrutura e da composição das classes, enfim, a modificação de todo o tecido social. Singer (1995) chama atenção para as questões atuais onde o trabalho formal está transformando-se mais em exceção do que em regra, enquanto que os trabalhadores precários trabalham cada vez mais, cumprindo longas jornadas que pode levá-los a fadiga física ou mental.

Muitas vezes, as análises dos macros processos da Globalização e da reestruturação produtiva, em seus impactos sobre o mundo do trabalho, nos conduzem ao reconhecimento da enorme concentração de capital e de poder em curso no sistema mundial de acumulação; da fragmentação da classe trabalhadora; do enfraquecimento do movimento sindical; e, da dificuldade em alimentar os laços de solidariedade. O que aponta para a perspectiva da

emergência e do vigor de movimentos da sociedade civil também mundializados. (RIGOTTO, 2002).

Behring e Boschetti (2006, p.133) dizem que "a reestruturação capitalista em sua vertente política, o neoliberalismo, impacta no Estado e nas políticas sociais". Atinge as suas funções e atuação, o que faz com que esse assuma novas atribuições e cumpra de alguma forma, papel crucial na nova lógica. No que concerne às relações de trabalho, observa-se ajustes estruturais em termos de desregulamentação, reestruturação, e a incorporação de novos paradigmas produtivos e flexibilização das leis do trabalho.

Como resultado de um cenário de instabilidade e de mutações, são vistas profundas re-configurações no sistema ocupacional e nas relações de trabalho. Nessa esfera, um tema que tem se tornando alvo de preocupações por parte de estudiosos e governantes é a crescente precarização do trabalho. Para Castro:

> A precarização pode ser observada sob diversas formas, compondo realidades de trabalho bastante heterogêneas, seja nos vínculos temporários, nas contratações terceirizadas, no trabalho não-assalariado, nas contratações de trabalho informal, na subcontratação, nos trabalhos em tempo parcial, nos contratos que prevêem pagamento por produção, seja nos vínculos gerados através de cooperativas, entre muitos outros, quase sempre desprovidos dos direitos trabalhistas previstos por lei, que incluem férias anuais remuneradas, décimo terceiro salário, aposentadoria, licenças remuneradas e outros. (2006, p.3)

O trabalho precarizado tem sido gerador de vulnerabilidade, insegurança, e instabilidade. Isto tem exposto o trabalhador a uma subcondição que impossibilita de gozar plenamente os direitos trabalhistas. Esta reengenharia no processo de organização, gestão, e contratação da força de trabalho atende as demandas e as necessidades dos contratantes de serviços e segue a ordem do mercado. As novas modalidades de contratação, que surgiram após a promulgação da Emenda Constitucional nº19 de 1998[11], redirecionam as políticas de

[11] Esta emenda passou a permitir a flexibilização das formas de vínculo na administração pública.

saúde e os vínculos trabalhistas. Esta medida muda o foco do Estado que, naquele momento incluiu a Saúde Pública como função "não exclusiva de Estado" [12].

O contexto das relações de poder em torno do trabalho em saúde assume algumas particularidades, uma vez que o objeto de trabalho não está ligado à produção de bens materiais, mas a produção do bem estar do sujeito. Neste sentido, a reflexão realizada pelo estudo de Ferreira *et al* (2006) em torno da organização do processo de trabalho em saúde, corrobora com outros trabalhos (SOLLA, 1996; FRANCO, 2003) sobre a ruptura da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho e do saber biomédico, centrado no biológico e na clínica restritiva.

Para Paulo Nakatani (2001, p. 3) "foi através do trabalho que se desenvolveram as demais funções e comportamentos humanos". Essa afirmativa faz coro com a construção marxista sobre o ser social. O trabalho nessa compreensão é dependente das necessidades naturais e sociais, e é transformado pela sua interação. E, é dessa forma que este estudo insere-se na discussão da conformação de um trabalhador do setor saúde, o ACS, procurando compreender o cenário, os atores e os processos políticos que tem significado a configuração deste trabalhador.

As formas como o trabalho se alicerça e como o capital apropria-se de seu produto têm se modificado historicamente. Souza (1991, p. 248) compreende a saúde dentro da categoria serviço, que cumpre uma finalidade útil, embora seus resultados não possam ser comercializados. Rodrigues e Araújo (2003, p.2) reiteram que "são serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato". Os autores defendem que no caso do setor serviço, no recorte da saúde, o processo de produção se dá da seguinte forma:

[12] Conforme Relatório do Seminário Nacional sobre política de desprecarização das relações de trabalho no SUS (Brasil, 2003).

> O trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria; dá-se, ao contrário, sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo. Ele fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho, não apenas a informação acerca do que ocorreu consigo, qual a história de sua queixa ou doença; é solicitada dele uma participação ativa, para que sejam corretamente aplicadas as normas e prescrições médicas. Enquanto fornecedor de valores de uso substantivos, o usuário torna-se um co-participe do processo de trabalho e, quase sempre, um co-responsável pelo êxito ou o insucesso da ação terapêutica. (p. 2 e 3).

Os autores acima citados fazem uma definição clássica sobre o processo de trabalho, e sobre o processo de trabalho em saúde, que apresenta os seguintes componentes: matéria-prima; instrumentos de trabalho; homem; e produto. No caso do processo de trabalho, e no processo de trabalho em saúde a sistematização é feita da seguinte forma:

Quadro 1 – Processo de Trabalho em Saúde

	Matéria-prima	**Instrumentos de Trabalho**	**Homem**	**Produto**
Produção Material	Madeira	Serrote, martelo, prego	Marceneiro	Cadeira
Produção de Saúde	Usuário	Tecnologia (leve; dura; leve-dura) [13]	Trabalhador em saúde	Atos de saúde → produção de cuidado

Fonte: Organizada a partir dos apontamentos de RODRIGUES e ARAÚJO (2003).

Para Rodrigues e Araújo (2003) trabalhar a partir desses elementos significa refletir sobre como se opera o fazer em saúde, como ele se organiza e como está dividido. Para Souza et al. (1991, p. 53), qualquer processo de trabalho em saúde possui uma dimensão cooperativa com uma direcionalidade técnica que influencia na produção deste serviço.

[13] "Tecnologia é aqui entendida como um conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Esse conhecimento pode ser materializado em máquinas e instrumentos - tecnologias duras; saberes e práticas estruturadas - tecnologias leve-duras -; e as tecnologias leves: trabalho vivo/produção de serviços/abordagem assistencial - modos de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização (Merhy, 1999)."

O trabalho do ACS é compreendido na divisão organizacional do trabalho na forma "serviço", cuja função é a de atender às expectativas e necessidades da sociedade. Karsch (1998, p. 25) defende que aparentemente, "serviço", é prestação de serviço, portanto, atividade útil, valor de uso. E chama a atenção para que a questão da utilidade não tenha fim em si mesmo, aonde a satisfação vai desde as necessidades básicas do homem, até toda e qualquer necessidade gerada pelas formas de adaptação, realização ou exigência de vida numa sociedade.

1.2 - A PROTEÇÃO SOCIAL E O TRABALHO EM SAÚDE

De outro ângulo, o tema tratado tem também como referência discussões em torno das políticas sociais. Sob esse ponto de vista, tem-se que o contexto da Primeira Guerra Mundial impulsionou a luta por direitos sociais – entendidos como um conjunto de direitos de proteção social ao trabalhador e seus familiares.

A crise de 1929/1932 seguido dos efeitos da Segunda Guerra Mundial consolidou a necessidade de regulação estatal para seu enfrentamento. Essa só foi possível, segundo Mishra (1995) pela conjugação de alguns fatores como: estabelecimento de políticas keynesianas com vista a gerar pleno emprego e crescimento econômico num mercado capitalista liberal; instituição de serviços e políticas sociais com vistas a criar demandas e ampliar o mercado de consumo; e um amplo acordo entre esquerda e direita, entre capital e trabalho (MISHRA, 1995).

Esta se configura como origem e desenvolvimento do "Welfare State". O "consenso" e as medidas tomadas por ele, além da luta do movimento operário por melhores condições influenciaram no desenvolvimento das políticas sociais em vários países, dentre eles o Brasil. Viana (2004) afirma que:

> Os sistemas de proteção social variam de acordo com as circunstâncias históricas, portanto os processos que desencadearam o sistema de proteção nos países ocidentais industrializados são histórica e socialmente determinados. Em tempos de crise do capital, globalização e neoliberalismo, as requisições do monopólio com relação à política social ocorrem tanto de maneira singular como universal. (p.90)

A crise do capital é estendida ao Welfare State[14], embora nos países que lograram criar o seu Estado de Bem-Estar o impacto da política de ajuste neoliberal foi bem menor. Entretanto, nos países dependentes e periféricos em que a construção do Welfare State foi incompleta, interrompida, ou não existiu, o impacto é expressivamente maior (SOARES, 2003).

A crise de acumulação capitalista faz ressurgir a ideologia liberal, configurada de tradicionalismo político, coligada a um ultra-conservadorismo econômico, em defesa da superioridade do mercado diante do Estado. Behring e Boschetti (2006, p.51) afirmam que as políticas sociais surgem com o incremento da intervenção estatal.

> As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento - em geral setorializadas e fragmentadas - às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho.

O Estado de bem-estar social, em oposição ao que a política social dos governos aponta, é singular em estabelecer uma relação entre o direito conferido ao cidadão e o dever do Estado em fornecer recursos que o garantam. Esta forma de integração social implica a inclusão de recursos humanos adequados às condições e vida das pessoas e necessários à

[14] Welfare State ou Estado de Bem-Estar Social

promoção do bem-estar e que, por sua vez, são também pessoas portadoras de direitos (MENDONÇA, 2004). O Estado funciona como gestor na prestação de serviços sociais, como árbitro que dirige as estratégias políticas na orientação e no ordenamento da reprodução das relações sociais em uma sociedade dividida em classes sociais antagônicas.

> É interessante notar que a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominante. Por um lado, os direitos sociais, sobretudo trabalhistas e previdenciários, são pautas de reivindicação dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora. Por outro, representam a busca de legitimidade das classes dominantes em ambientes de restrições de direitos políticos e civis – como demonstra a expansão das políticas sociais no Brasil nos períodos de ditadura militar (1937-1945 e 1964-1984). (BEHRING, BOSCHETTI, 2006, p. 79)

No Brasil, as políticas sociais tomam proporções importantes no período de redemocratização política, e, traz como pressuposto o chamado "resgate da dívida social" legada pelo regime militar. Segundo Stotz (2003, p.28):

> A esperança de uma redistribuição da renda fazia parte dos cálculos do processo democrático em marcha no período. É importante assinalar também que, no começo dos anos 80, os tecnocratas da equipe econômica sob comando de Delfim Neto preferiram evitar a adoção integral de políticas de austeridade, tal como proposta pelo Fundo Monetário Internacional - FMI. A elevação das taxas de juros, os cortes nos gastos públicos, a abertura da economia e a flexibilidade cambial que faziam parte do receituário do FMI, poderiam, se colocados em prática, comprometer a transição política (STOTZ, 2003).

As políticas sociais passaram a ser vistas, nas análises marxistas, como fenômeno contraditório, porque ao mesmo tempo em que respondem positivamente aos interesses dos representantes do trabalho proporcionando-lhes ganhos reivindicatórios nas lutas contra o sistema capitalista, também atendem aos interesses das representações do capital, preservando o potencial produtivo da mão-de-obra, e, em alguns casos, desmobilizando a classe trabalhadora.

Considerando a reestruturação do SUS, e a construção efetiva da Estratégia Saúde da Família - ESF, que preconiza o cuidado territorializado, com os profissionais de saúde próximos ao contexto político-sócio-cultural de uma população adscrita, entende-se que o

trabalho do Agente Comunitário de Saúde como um elo significativo na produção desse cuidado. Torna-se importante entender como se constrói a relação desse sujeito-trabalhador com seu objeto de trabalho; e, como se configuram as relações de poder considerando-se esse contexto de trabalho. Nesse sentido, a pesquisa realizada por Ferreira et al (2006) traz a discussão do ACS e o processo de reestruturação produtiva, onde os autores afirmam que há "inversão na composição técnica do trabalho com supremacia do trabalho vivo sobre o trabalho morto, o que pressupõe a ocorrência de uma reestruturação produtiva e uma transição tecnológica".

CAPITULO 2: A POLÍTICA DE SAÚDE NA COMUNIDADE

2.1 - A ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA E A SAÚDE

As organizações comunitárias se fortalecem ligadas aos movimentos das Comunidades Eclesiais de Base - CEB, em meados da década de 1970, quando há incorporação da saúde como tema de discussão e aglutinação da população. Estudo realizado por Albuquerque (2003) resgata os vários grupos, que foram formados em todo o país e que se articularam no **I Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária (I ENEMEC)**, realizado em Lins-SP, em 1979, sob a organização da Igreja Católica. Nesse encontro já se identifica a participação e articulação de Agentes de Saúde que tm como referencial teórico – prático a Educação Popular, como pode ser caracterizado na ponderação expressa a seguir:

> Neste encontro, já participaram profissionais e agentes de saúde que descreveram e discutiram suas atividades nas comunidades e onde se pode identificar o referencial da educação popular. No Nordeste, e principalmente em Recife, já havia muitas experiências em saúde comunitária, como a do bairro dos Coelhos, na região central da cidade, uma área de alagados e palafitas na beira do Rio Capibaribe, nos arredores da Faculdade de Medicina. (ALBUQUERQUE, 2003)

Albuquerque (2003) afirma que os movimentos populares de saúde, como os demais movimentos sociais, eram permeados por organizações e grupos políticos. Dentre os grupos de saúde de várias comunidades de Recife, um se destacava na luta política e na organização comunitária: o Projeto de Saúde de Casa Amarela - PSCA.

> Através do levantamento das plantas medicinais usadas pela comunidade, iam se organizando grupos para discutir a saúde, as condições para ter saúde e as lutas necessárias para conquistá-la. A Igreja Católica teve um papel importante no apoio ao Projeto, através da Diocese e da paróquia do Morro da Conceição, onde o Padre Reginaldo, pároco da localidade e militante da Teologia da Libertação, foi viabilizando a participação de outros profissionais, a estrutura financeira e de apoio. (ALBUQUERQUE, 2003)

Em 1982, o PSCA realizou o primeiro curso de capacitação de agentes de saúde, em sete áreas do bairro, para 15 pessoas. Vários outros cursos ocorreram nos anos seguintes, multiplicando o número de agentes de saúde. (ALBUQUERQUE, 2003)

> O Projeto de Saúde de Casa Amarela concentrava suas atividades na capacitação dos agentes de saúde. A formação inicial com três meses de duração e vários outros cursos sobre temas específicos da saúde e afins, como de liderança, formação política e de Educação Popular (PSCA, 1992). Os cursos de formação política incluíram militantes do movimento popular e agentes de saúde, que também participavam de debates e encontros sobre conjuntura política, reforma agrária e constituinte. Os grupos de estudo de temas políticos e de teoria política funcionavam à parte do Projeto. (ALBUQUERQUE, 2003)

Em 1985, o grupo de agentes de saúde envereda por outras estratégias, realizando discussões sobre a Política Nacional de Saúde, organizando seminários, com destaque para os primeiros, com os seguintes temas “As Ações Integradas de Saúde”; “Saúde e Constituinte”. Alguns agentes de Casa Amarela, junto com técnicos do Projeto, realizaram seminários por todo o estado, em preparação para a VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS. (ALBUQUERQUE, 2003)

> Em 86, a VIII CNS foi um marco para os movimentos sociais em saúde por ter conseguido unificar, num mesmo fórum, grande representação do movimento popular, dos profissionais de saúde e do Estado, além de estudantes, entidades sindicais e segmentos embrionários dos portadores de deficiências e patologias, definindo objetivos comuns, estratégias de atuação conjunta e referências para a organização futura. Esse espaço representou a ampliação do que vinha sendo chamado de "movimento sanitário" e foi fundamental para efetivação de avanços e vitórias na política nacional de saúde. (ALBUQUERQUE, 2003)

O Movimento de Reforma Sanitária se organizava desde fins dos anos de 1970, como Movimentos Sociais e como luta de transformação institucional. Esta estratégia começa por volta de 1976, com o surgimento do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde Coletiva, e logo depois da ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em 1979. A luta da saúde foi árdua, por deparar-se com fortes interesses econômicos do setor privado. E, dessa forma, a VIII Conferência Nacional de Saúde marcou uma importante conquista desse movimento histórico.

Entidades civis como o CEBES e a ABRASCO tinham, segundo Sonia Fleury (1997), uma influência "institucionalista" forte no governo democrático, que se iniciava no país. A perspectiva da aglutinação das tendências renovadoras do setor saúde, em nível profissional, era uma manifestação da política de frente democrática ampla que estava na origem da sua liderança. A outra perspectiva, mais identificada com o Partido dos Trabalhadores e as Comunidades Eclesiais de Base, estaria localizada em experiências de participação popular que, a propósito, tiveram um peso relevante grande nos anos 70 e 80.

Apesar das clivagens apontadas no Movimento da Reforma Sanitária estava presente, de acordo com Fleury (1997, p.26), um ideário comum pautado nas seguintes dimensões: "a construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social; a ampliação da consciência sanitária; a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política". Isso foi potencializado a partir de 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde os princípios defendidos na resolução final da Conferência foram depois consagrados na Constituição de 1988, sob o lema Saúde direito de todos e dever do Estado (STOTZ, 2003).

A Constituição Federal de 1988 firmou uma responsabilidade sanitária integral, e definiu a concepção social da saúde criando o Sistema Único de Saúde - SUS (CAMPOS, 1999). Em seu capítulo III dessa Carta Magna Brasileira, o SUS foi legitimado e definido como uma rede regionalizada e hierarquizada, sob os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

No final da década de 90, o arcabouço jurídico-legal da Reforma Sanitária foi concluído, e precisou ser firmado em lei. O movimento constituído pelas plenárias nacional, estaduais e municipais se dispersou, porém, muitas das entidades envolvidas neste processo continuaram a atuar em outros espaços, visando garantir a construção na prática da Reforma.

> Em 1990, depois de concluído o arcabouço jurídico-legal do sistema, é criado o Programa de Agente Comunitário de Saúde, inicialmente chamado de PNACS, institucionalizando experiências já existentes em vários estados do Nordeste, na Pastoral da Criança e especialmente, no Estado do Ceará, onde resultados positivos já podiam ser contabilizados. No Recife, em Olinda e em vários outros municípios, os agentes populares de saúde que estavam em atividade foram contratados pelas Prefeituras, ficando subordinados a supervisoras das secretarias de saúde dos municípios e na maioria dos casos, se afastando dos movimentos que lhes deram origem. Na voz da nossa informante, foi *aí o PACS acaba com o Movimento Popular de Saúde - MOPS. A gente foi se ocupando com muitos afazeres do PACS, o movimento foi ficando para lá, foi minguando, até acabar* (ACS1). (ALBUQUERQUE, 2003)

A universalidade e a integralidade são princípios que indicam que a política de saúde deve atender a necessidade de todos e apreender, de forma ampliada, as diversas necessidades. No entanto, isto tem esbarrado nos limites definidos por uma sociedade fundada pelo direito de propriedade, no qual vigora a lógica da acumulação e não da repartição, do mercado e da propriedade privada. Conforme Paniago (1997) a igualdade de satisfação cai no dilema herdado do pensamento liberal: igualdade de direito e desigualdade de posses e de poder.

A política de saúde demonstra nesse cenário, a possibilidade de outro rumo do campo da proteção social. De fato, a descentralização, a participação popular, o financiamento público e o acesso com base no princípio do direito, características do sistema de saúde mais marcantes a partir de 1991, acumula na possibilidade de reversão da tendência dominante das políticas sociais.

2.2 – O SUS E A INSERÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE

A institucionalização do SUS começou então a tomar corpo nos anos 1990, como resultado dos interesses criados com a estratégia da unificação descentralizada do sistema de saúde ao longo da década anterior. Contudo, o Movimento da Reforma Sanitária deparou-se com uma mudança radical de cenário e de perspectivas para a política pública dessa década. Com a eleição de Fernando Collor de Mello, o país entrou na era neoliberal, o que levou a uma conjuntura política que dificultou o processo de institucionalização do SUS, sobretudo no que se refere ao financiamento público desse sistema de saúde.

Enquanto no período compreendido entre 1987 e 1994 o gasto público total como percentual do PIB diminuiu, nos anos subseqüentes ao Plano Real o problema passou a ser o da contenção do déficit público, em razão dos acordos assinados pelo governo de Fernando Henrique Cardoso com o Fundo Monetário Internacional. É por isso que, apesar da lenta recuperação dos valores, o orçamento executado sempre ficou abaixo do aprovado (LOBATO, 2000).

Ao observar o cenário de forma panorâmica pode-se imaginar que a construção do SUS tem grandes dificuldades de se efetivar no concreto. Entretanto, ao se apostar nos processos construídos no cotidiano, percebem-se as diversas experiências interessantes em vários lugares do país. E, dentre tantas, a formulação de programas que se tornaram estratégias, como o Programa de Agente Comunitária

Saúde - PACS e o Programa Saúde Família - PSF, que vieram a se construir na Política Nacional de Atenção Primária.

Com os ganhos constitucionais de 1988, que reconhecem o direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde, parte da implementação de reformas sociais em saúde segue o ideário do Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento visa compor um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático, que tem como fim ampliar os direitos sociais concernentes a um Estado de Bem-Estar Social.

Mendonça (2004, p.354) afirma que "ao ideal constitucional de um Estado de Bem-Estar Social contrapõe-se a resistência em regulamentar os direitos sociais[15], que se prolonga até as revisões constitucionais de 1993-95, que ajustam os projetos reformistas ao pensamento neoliberal".

Nesse contexto, a estratégia da Atenção Primária à Saúde difunde-se contudo, os centros hegemônicos da economia mundial revalorizam o mercado como mecanismo privilegiado para a alocação de recursos e questiona a responsabilidade

[15] O pacto firmado na Constituição Federal de 1988 não se estabeleceu, de fato, numa política integrada entre previdência, saúde e assistência. No âmbito institucional-legal, foram promulgadas leis específicas para cada área — a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 e 8142/90), a Lei Orgânica da Seguridade Social (Lei 8212/91 — de fato regulando a previdência social) e a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8742/93). (Cada uma das áreas definiu ações e programas específicos e isolados para o desenvolvimento de suas políticas, disputando por recursos e sem dar forma à política de seguridade social).

estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento de necessidades sociais, inclusive saúde. (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

O **Programa de Saúde da Família (PSF)** integra um conjunto de medidas de reorganização do Modelo de Atenção à Saúde da população no âmbito do SUS. Assim, para o Ministério da Saúde, o até então denominado Programa e atualmente Estratégia pressupõe muito mais uma inversão do Modelo de Atenção à Saúde do que uma simples mudança dos serviços, configurando uma importante inovação programática. O PSF tornou-se a estratégia prioritária de reformulação do Modelo da Atenção a Saúde brasileiro.

Tal reflexão pode ser vista tomando-se dados do Ministério da Saúde, que aponta que, em 2008, o total de Equipes de Saúde da Família implantadas era de 29. 275, envolvendo 5.566 municípios, cobrindo cerca de 93 milhões de pessoas (cerca de 49,3% da população). Quanto aos ACS o número é de 227.722 ACS, com presença em aproximadamente 5.313 municípios, cobrindo 113,0 milhões de pessoas (cerca de 59,3% da população) (BRASIL, 2008).

Conforme indica Senna (2002), uma das questões mais recorrentes nas discussões em torno da Estratégia de Saúde da Família diz respeito ao processo de focalização de suas ações. Isto ocorre devido priorização das áreas de risco segundo o Mapa da Fome (PELIANO, 1993), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), e/ou porque sua emergência se deu num contexto de crise e racionalização dos gastos em saúde, como também, devido à priorização das ações de prevenção e promoção da saúde baseadas em baixa incorporação tecnológica. Tal reflexão, por sua vez, traz o princípio de equidade[16] do SUS.

[16] Não há propriamente uma definição de eqüidade exceto de que é diferente de igualdade, mas estabelece que o princípio da eqüidade "significa que a rede de serviços deve ser atenta para as desigualdades existentes com o objetivo de ajustar as ações às necessidades de cada parcela da população. (ESCOREL, 2001)

A ampliação do lócus de intervenção que a estratégia propõe vem contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre profissionais das equipes e comunidade local. Assim, a Estratégia de Saúde da Família conta com uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, a partir de 2000, equipe de Saúde Bucal, com dentista e Auxiliar de Consultório Dentário - ACD. Nessa equipe, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem-se revelado o ator interessante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes científico (NUNES, 2002).

No campo da Saúde Coletiva a Estratégia da Saúde de Família tem gerado grandes polêmicas. Esse processo tem sido capaz de imprimir algumas mudanças no modelo de atenção à saúde, contudo, segundo Rodrigues e Araújo (2003), pode-se pensar a estratégia como expressão de processos instituintes, ou seja, do que pode vir a ser, fazendo-se, assim, necessário pensá-la a partir de dois enfoques. O primeiro, diz respeito ao seu conteúdo minimalista, normatizador e focalizador, expresso pela: rigidez e a burocratização do processo de trabalho extirpando o trabalho vivo; baixo incentivo financeiro destinado a uma equipe mínima, pela quantidade insuficiente de trabalhadores com perfil adequado à estratégia; precarização do processo de trabalho, com a flexibilização dos serviços e a ausência de um vínculo formal dos profissionais com as instituições executoras. E o segundo enfoque é a assunção de outros níveis de responsabilidade por parte da equipe de Saúde da Família, sem a devida remuneração e capacitação.

CAPÍTULO 3 - CAMINHOS METODOLÓGICOS: A MONTAGEM DE UM MOSAICO

Entende-se que é complexo o contexto analítico da institucionalização do trabalho do ACS no SUS. Nesse sentido, buscou-se fazer uma analogia desse exercício analítico com a construção de um mosaico. Apresenta-se uma **matriz-argamassa** que expressa o referencial teórico-metodológico de sustentação do quadro analítico. Em seguida, expõe-se o **cenário** demarcado por cenas de tempo-espaco. Expressão da área de estudo que em análise, tem-se por personagens de cada pedaço-angular: **quando, onde e quem** é o conseguinte personagem-processo. Uma tríade que dá vida ao mosaico em sua construção ao longo do tempo-processo, que é marcado por lutas sócio-políticas em que se localiza o objeto estudado e os elementos-base.

Uma pesquisa pautada na dialética necessita de alguns cuidados, visto que os elementos centrais de preocupação são as inter-relações estabelecidos entre pesquisadora e pesquisados. Tais cuidados devem ser: a proteção do anonimato de quem está se dispondo a colaborar com a pesquisa; o consentimento informado e a atenção nas relações de poder estabelecidas entre pesquisador e pesquisado (SPINK, 2000).

Sendo assim, para garantia dos procedimentos éticos submeteu-se o projeto de pesquisa que originou esta dissertação para o Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UFPE, onde este foi avaliado e teve a execução autorizada. Após aprovação do referido Comitê, para cada entrevista realizada foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), pelo qual é garantido ao pesquisado o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa, além de garantir o seu anonimato, seguindo então a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Esse termo foi lido, junto ao entrevistado, antes de iniciado o procedimento de pesquisa. Solicitou-se ao pesquisado que, após o término da leitura e do

esclarecimento das dúvidas que fosse assinado o Termo, de modo a resguardar eticamente o pesquisado, e também o pesquisador.

3.1 – ARCABOUÇO TEÓRICO-METODOLÓGICO: ARGAMASSA PARA SE JUNTAR PEDAÇOS E OLHARES INTERPRETATIVOS

A análise histórica e dialética, intenção desta pesquisa, requereu uma observação atenta e dinâmica do objeto estudado. A opção por esse método, segundo Marilena Chauí "*significa uma investigação que segue um modo ou uma maneira planejada e determinada para conhecer alguma coisa; procedimento racional para o conhecimento seguindo um percurso fixado"*. (1994, pg. 354). Arrumação e o formato que estrutura essa história têm cenário, sujeitos e arranjos socialmente construídos. Diante disso, uma orientação analítica pertinente para a análise de processos de trabalho e os sujeitos nele envolvidos pode ser dar a partir do Materialismo Histórico e Dialético de Marx e Engels, compreendendo o mesmo, como afirma Leandro Konder, como um método constatativo e não normativo:

> [...] ele reconhece que, nas condições de insuficiente desenvolvimento das forças produtivas humanas e de divisão da sociedade em classes, a economia tem imposto, em última análise, opções estreitas aos homens que fazem a história. Isso não significa que a economia seja o sujeito da história, que a economia vai dominar eternamente os movimentos do sujeito humano. Ao contrário: a dialética aponta na direção de uma libertação mais efetiva do ser humano em relação ao cerceamento de condições econômicas ainda desumanas. (1987, p.68-70)

Sendo a dialética um atributo da realidade, significa que tem ponto de partida, que se precisa buscar a superação das impressões iniciais e tem que ser resignificada a partir do concreto. Frigotto (1987) acredita que "*é preciso, então, não confundir o movimento do real com suas contradições, conflitos, antagonismos, com o movimento do pensamento no esforço de apreender esse movimento da forma mais completa possível*". Sendo assim, compreende-se que "*o conhecimento da realidade histórica é um processo de apropriação teórica – isto é, de*

critica, interpretação e avaliação dos fatos - processo em que a atividade do homem, do cientista é condição necessária ao conhecimento objetivo dos fatos". (KOSIK, 1976)

3.2 - CENÁRIO: ONDE, COMO, O QUE/QUEM, QUANDO?

Entende-se que na composição de cenário do mosaico existem vários elementos que se articulam: onde, como, o que/quem.

3.2.1 - ONDE: RECIFE FALANDO PARA O MUNDO

> A movimentação em Pernambuco se dava em uma diversidade de setores, seja no movimento estudantil, no movimento rural, no movimento cultural, no religioso e no movimento popular de saúde (M2).

O Recife é retratado por historiadores e poetas pela sua condição cosmopolita, de forma saudosista, algumas vezes, como na obra do recifense Cícero Dias: "**Eu Vi o Mundo**... **Ele Começava no Recife**" e pelo titulo de Leão do Norte. Em forma de manifesto e música pelos movimentos culturais, como o manguebeat, onde o contexto da cidade é simbolizado pelo caranguejo com cérebro, com antena parabólica, enterrado na lama, e canta "Pernambuco embaixo dos pés e minha mente na imensidão". Observa-se que essa condição é um processo cultural forte e que o dialogo com o cenário nacional também acontece no campo das políticas de saúde e na organização do trabalho. É compreendendo essas características e o contexto do município de Recife, que o mesmo foi escolhido como espaço de observação e analise da constituição do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Recife oferece um cenário importante na afirmação das práticas ditas "contra-hegemônicas ou alternativas" dos anos 70. Participou da estruturação do Movimento Popular em saúde - MOPS, levantou a bandeira pelo reconhecimento do trabalho do agente de saúde, com direito a vaia ao então Presidente da República José Sarney, na VIII Conferência Nacional de Saúde. A luta pela regulamentação da profissão de ACS envolve a tentativa

frustrada de já na década de 80 realiza uma seleção pública. No entanto este encaminhamento só configurou-se como orientação legal em 2006 em âmbito nacional.

Dessa forma, Recife caracteriza-se como um local histórico onde se inovam e renovam lutas populares. É também deste lugar que partiu, e que partem diversos sujeitos, que tem corroborado na construção do SUS, e na regulamentação e valorização do trabalho do ACS. Os movimentos que aconteceram em Recife produziram acúmulo para diversos atores que se articulam a nível nacional, como é o caso dos movimentos de ACS; gestores; legislativo; ministério público; e, academia.

Sintonizado com as políticas públicas e com as lutas populares esse cenário tem sido palco constante de reivindicações e conquistas sociais. Portanto, tais aspectos tornam-se relevantes para analise do estudo, em função das conquistas históricas no setor saúde, e de uma dinâmica social efervescente, e com uma pluralidade e permuta da gestão pública. Além disso, nos últimos anos houve ampliação da atenção primária, uma política alicerçada no trabalho do ACS. Os movimentos que perpassam essa política fizeram e fazem parte da dinâmica local e nacional, impactando na institucionalização do ACS, e a partir da diversidade dos sujeitos e dos movimentos nos processos instituintes. Sendo assim, torna-se convidativo se debruçar sobre este panorama.

3.2.2 - COMO:

Esta pesquisa se caracteriza pelos processos de investigação e de exposição. A fase de investigação diz respeito ao recolhimento do material. Nessa fase são abordados os pressupostos teóricos no qual o trabalho se fundamenta: o processo de reprodução social e de construção do trabalho como categorias fundantes e pilares do processo de manutenção ou de emancipação política e humana. A reflexão sobre a realidade nos oferece uma base potente

para compreender o contexto sócio-político, enquanto que o referencial teórico-metodológico elucida as contradições, e nos ajuda a olhar com mais profundidade as questões.

Já a fase de exposição busca ordenar de forma lógica e coerente a apreensão que se fez da realidade. Tal processo foi construído na pesquisa de campo, sobretudo, quando se buscou encontrar a fala-expressão dos ACS, representantes de uma categoria-classe marcada pelo seu trabalho e delineada por lutas políticas, sociais, culturais e subjetivas. Nesse sentido, as falas expressas nessa pesquisa enriqueceram o estudo por ser a expressão viva do processo de institucionalização desse trabalhador-sujeito.

Para entender a expressão desse sujeito-trabalhador, foram realizadas entrevistas que sistematizassem a expressão desses sujeitos diante da institucionalização de seu trabalho, expressões que também foram interpretadas a luz dos referenciais teóricos adotados nessa pesquisa. Assim, depois das entrevistas transcritas houve a "**estruturação do texto"** [17], seguido pela **"organização do discurso"** [18] e a **"caracterização da formação discursiva"** [19], que buscou identificar os temas. Após esse momento, constituiu-se o **"interdiscurso"** e o **agrupamento** deste em **quatro áreas temáticas**: (1) *Conjuntura e contexto político; (2) Conjuntura do trabalho; (3) Saúde; e (3) ACS*. Esse arranjo serviu para visibilizar o leque de interlocutores, e a partir do qual se desenvolveu o diálogo entre as partes. Discutidas as categorias, o desafio foi aproximar as partes e montar o desenho.

3.2.3 - O QUE/QUEM?

[17] TEXTO: Unidade complexa de significação cuja análise implica as condições de sua produção (contexto histórico-social, situação, interlocutores). BRANDÃO, 2002

[18] DISCURSO: È o efeito de sentido construído no processo de interlocução, segundo Orlandi "aquilo que se diz significa em relação ao que não se diz, ao lugar social do qual se diz, para quem se diz, em relação a outros discursos". BRANDÃO, 2002

[19] Formação Discursiva: define-se pela sua relação com a formação ideológica (...) "o que pode e deve ser dito" a partir de um lugar social historicamente determinado. BRANDÃO, 2002

"Pessoa em construção. Volte a nos visitar" (Chico Scince)

Nesse processo buscou-se envolver simultaneamente um **sujeito** que se conhece – o ACS - e um **objeto** a ser conhecida – a institucionalização do seu trabalho do ACS – que é uma realidade socialmente construída e compartilhada. Um modo particular de abordagem do **sujeito** em relação ao **objeto** e uma transformação, tanto do **sujeito**, quanto do **objeto**. Nesse estudo dialoga-se com diversos sujeitos, inclusive com sujeitos-objeto desse estudo, o ACS. Tal esforço analítico pode ser expresso a seguir:

> Não há contexto teórico verdadeiro a não ser em unidade dialética com o contexto concreto. Nesse contexto, onde os fatos se dão, nos encontramos envolvidos pelo real, molhados nele, mas não necessariamente percebendo a razão de ser dos mesmos fatos, de forma crítica. No contexto teórico, tomando distância do concreto, buscamos a razão de ser dos fatos. Em outras palavras, procuramos superar a mera opinião que deles temos e que a tomada de consciência dos mesmos nos proporciona, por um conhecimento cabal, cada vez mais científico em torno deles. No contexto concreto somos sujeitos e objetos em relação dialética com o **objeto**; no contexto teórico assumimos o papel de sujeitos cognoscentes da relação **sujeito-objeto** que se dá no contexto concreto para, voltando a este, melhor atuar como sujeitos em relação ao **objeto**. (...) Daí a necessidade que temos, de um lado, de ir mais além da mera captação da presença dos fatos, buscando assim, não só a interdependência que há entre eles, mas também o que há entre as parcialidades constitutivas da totalidade de cada um e, de outro lado, a necessidade de estabelecermos uma vigilância constante sobre nossa própria atividade pensante. (FREIRE, 1976:135-6)

Ao levar em consideração esse contexto, afirma-se que a leitura das palavras vem sempre precedida pela leitura do mundo, sendo assim faz-se necessário o diálogo com os interlocutores que corroboram com essa construção. Além disso, faz-se imprescindível o aporte teórico que dá sustentação as reflexões e a produção de conhecimento sobre o tema.

Para falar de sujeito aponta-se a contribuição[20] singular de Eder Sader (1988, p.11), que compreende sujeito como "*uma coletividade onde se elabora uma identidade e se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas".* (p.11). Esse sujeito torna-se "*ator*

[20] Quando Novos Personagens entraram em cena, 1988.

coletivo, que é um agrupamento de sujeitos sociais", individuais, transformado em ator social (TESTA 1995, p.49).

Focando-se nos objetivos da pesquisa realizaram-se 14 entrevistas mediante a aplicação de um Roteiro (Anexo A), que se desenrolava pela dinâmica que a conversa imprimia. A conversa-entrevista elucidou questões, e trouxe a tona outras. Os sujeitos que produziram conosco esse relato já estiveram em uma diversidade de condições, e que a partir dos seus lugares e/ou movimentos imprimiram dinâmica política e institucional para a estruturação do trabalho do ACS. Os sujeitos homens e mulheres não serão identificados quanto ao gênero.

Os sujeitos da pesquisa serão os atores que tem participado e, influenciado o cenário onde a institucionalização do ACS tem transitado. Criamos 4 categorias que significam a inserção social no processo de institucionalização, que são:

G – Gestores;

L – Legislativo;

M – Movimento Social, do ACS ou popular;

P – Pesquisador.

Alguns atores abaixo apresentados poderão ser identificado em mais de uma categoria.

- G1 – Representantes de Gestores – contexto municipal e nacional;
- G2 – Gestor Federal e Estadual;
- M1 – ACS, Movimento Popular;
- G3 – Gestor Federal;
- G4 – Gestor Estadual;
- MG5 – Movimento Popular, Trabalhador, Gestor, Político;
- M2 – Movimento Popular, ACS, Movimento da Categoria;

- G6 – Gestor, Pesquisador;
- G7– Gestor Federal e Municipal;
- MG3 – Movimento Popular, Trabalhador, Gestor Municipal, Político e Pesquisador;
- PG8 – Pesquisadores, Gestor Federal, Municipal e Estadual;
- L4 – Advogado, Políticos;
- M4 – ACS, Movimento Sindical;
- G14 – Gestor Estadual e Municipal.

A contribuição dos sujeitos que disponibilizaram suas compreensões e visão de mundo, e suas intervenções políticas somam as partes, e escrevem essa história - desenham esse mosaico.

3.2.4 – QUANDO?

Esse trabalho tem como período de exposição, investigação, e análise início de 2006 e meados de 2008.

3.3 – ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL DE PESQUISA: CAMINHOS E DESCAMINHOS

Por meio do método dialético o fenômeno ou coisa estudada apresenta-se ao leitor de tal forma que ele o apreende em sua totalidade. Para isso são necessárias aproximações sucessivas e cada vez mais abrangentes. O método como sugeri Gadotti (2004, p.112), "proporciona apenas um guia, um quadro geral, uma orientação para o conhecimento de cada

realidade. Em cada realidade, precisamos apreender suas contradições peculiares, e seu movimento".

Gadotti (2004, p.113-4), buscando orientar o uso do método dialético, assume enquanto guia as "regras práticas" que Henri Lafèbvre sistematizou que são as seguintes:

1 – Dirigir-se à própria coisa. Por conseguinte, análise objetiva;

Na pesquisa: o ACS e seu processo de institucionalização.

2 – Apreender o conjunto das conexões internas da coisa, de seus aspectos, o desenvolvimento e o movimento da coisa;

Na pesquisa: As conexões entre as políticas de saúde e o mundo do trabalho.

3 – Apreender os aspectos e momentos contraditórios, a coisa como totalidade e unidade dos contraditórios;

Na pesquisa: O Estado com tendências neoliberais impactando nas políticas de saúde e, no mundo do trabalho, frente à estruturação do SUS e a regulamentação do trabalho do ACS.

4 – Analisar a luta, o conflito interno das contradições, o movimento, a tendência, o que tende a ser e o que tende a cair no nada;

Na pesquisa: SUS como política universal ou focalista; os movimentos de reorientação da categoria do ACS.

5 – Não esquecer de que tudo está ligado a tudo e que uma interação insignificante, negligenciável porque não essencial em determinado momento, pode tornar-se essencial num outro momento ou sob um outro aspecto;

Na pesquisa: A inserção do ACS, através do processo seletivo público, vinculado a sua residência.

6 – Não esquecer de captar as transições, as transições dos aspectos e contradições, passagens de uns nos outros, transições no devir;

Na pesquisa: voluntário/ trabalhador; saber popular/ saber cientifico...

7 – Não esquecer de que o processo de aprofundamento do conhecimento – que vai do fenômeno à essência e da essência menos profunda a mais profunda – é infinito;

8 – Penetrar, portanto, mais fundo do que a simples coexistência observada, penetrar sempre mais profundamente na riqueza do conteúdo, apreender conexões e o movimento;

9 – Em certas fases do próprio pensamento, este se transforma, supera-se, modifica ou rejeita sua forma, remaneja seu conteúdo, retoma seus momentos superados, revê-los, repeti-los, mas apenas aparentemente, com o objetivo de aprofundá-los mediante um passo atrás rumo às suas etapas anteriores e, por vezes, até mesmo rumo ao seu ponto de partida, etc.

Na pesquisa esses 3 pontos (7, 8, 9): diz sobre a dinamicidade dos processos de institucionalização em curso. A práxis dinâmica sobre "as verdades", as teorias, os acontecimentos, as práticas, os movimentos, a história.

E Gadotti (2004, p.114) finaliza a exposição desse guia reafirmando as palavras de Henri Lefèbvre que "o método dialético, desse modo, revelar-se-á ao mesmo tempo rigoroso, já que se liga a princípios universais, e o mais fecundo, capaz de detectar todos os aspectos das coisas, incluindo os aspectos mediante os quais as coisas são vulneráveis à ação".

O Quadro 2 – Guia do Método Dialético, abaixo, busca sistematizar esse processo:

1-Análise Objetiva	**Descrição**	**Institucionalização**	**A institucionalização é o produto da relação dialética entre o instituído e o instituinte**
2-Conexões Internas	Políticas de Saúde – SUS	Políticas Trabalhistas	Os processos que alicerçam a função sócio-ocupacional do ACS no SUS
3-Contradições	O Estado com tendências neoliberais impactando nas políticas de saúde e, no mundo do trabalho	.As transformações no mundo do trabalho, e o processo de precarização e informalidade.	A estruturação do SUS enquanto política universalizante, e a regulamentação do trabalho do ACS
4-Conflitos Internos	Sujeitos	Sujeitos políticos que constroem e disputam seus projetos, que participa, influencia no cenário onde a institucionalização do ACS tem transitado.	
	Poder	Técnico; Administrativo; Político;	A reflexão sobre o cenário institucional feitas sobre as condições que, facilitam a transformação entre os poderes cotidianos e societal
5-Interação	Seleção pública	A inserção do ACS, através do processo seletivo público é vinculado a sua residência.	Mudar de residência se torna um problema legal.
6-Transições	Etapas da institucionalização	Instituinte - pode vir a ser/ institucionalização-em andamento/ instituído – o que está sendo	Voluntário/ trabalhador Saber popular/ saber científico
7-Aprofundamento dos Processos	Processos de institucionalização	Etapas: começo–meio–começo...	Recomeço – luta social

A análise dos dados se utilizou os passos de interpretação propostos por Minayo (2004, p. 234-237), assim organizados em momentos:

1. Momento - ordenação dos dados, envolvendo as entrevistas, materiais de observação e documentos referentes ao tema, com sistematização dos dados, releitura do material, organização dos relatos em determinada ordem (início de classificação); organização dos dados de observação de acordo com a proposta analítica; elaboração de quadros (ANEXO C).

2. Momento - Classificação dos dados com leitura exaustiva dos textos, o que permitiu "apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais e os momentos-chave de sua existência sobre o tema" (MINAYO, 2004, p. 235).
3. Momento - Análise Final - "Partir do caos aparente das informações recolhidas no campo e fazer delas ao mesmo tempo uma revelação de sua especificidade de concepção e de participação nas concepções dominantes, e, mais que isso, de expressão da visão social de mundo do segmento, em relação à sociedade dominante". (MINAYO, 2004, p. 234-237).

CAPÍTULO 4 - ANALÍSE DOS RESULTADOS

Esse estudo tem como objetivo mostrar a movimentação da sociedade e dos sujeitos num processo complexo de lutas, negociações, arranjos políticos, que com os marcos históricos do SUS e do Saúde da Família, fizeram do Agente Comunitário de Saúde uma estratégia na produção de cuidado de forma integral, equânime e universal, e além disso, um potente dispositivo para reorientação do modelo de saúde.

Partindo da afirmativa que a regulamentação do trabalho do ACS é um processo contraditório e definido por um modo de articulação das relações complexas de uma totalidade social, faz-se necessário a compreensão dos processos instituintes e instituídos que produzira a institucionalização do trabalho do ACS.

Para proceder a análise sobre o tema proposto, foram delimitados quatro momentos históricos:

- Agente Comunitário: um novo trabalhador na roda da saúde.
- O ACS nas políticas públicas na década de 90
- O ACS: a luta pela regulamentação
- A institucionalização do trabalho do ACS

4.1 - Agente Comunitário: um novo trabalhador na roda da saúde

4.1.1 - Movimentos Populares instituintes e o surgimento do Agente Comunitário

> Agente de transformação incomoda, e incomoda inclusive, à gestão, porque eles não estão ali para pedir acomodações, mas sim para colocar em movimento a população, para fazer transformações de impacto na saúde(MG5).

Na década de 1979, o Estado brasileiro vivia um período de ditadura militar e os governantes das diversas esferas mantinham seu comando político com relações democráticas restritas. Nessas condições, de restrições de direitos políticos e civis, e com o descaso do Estado no provimento de políticas sociais ocorre um movimento de organização popular, que

se organiza para resolver seus problemas sociais e políticos. Em meio a esse contexto surge o movimento de saúde com forte relação com a Igreja e com os movimentos de resistências.

> A estratégia desenvolvida em conjunto com organizações religiosas e comunitárias se dava tanto pela ausência do Estado no cuidar, quanto na luta das comunidades em legitimar práticas tradicionais de saúde, como é o caso da fitoterapia. Com isso aglutinaram segmentos da comunidade com atividades específicas(M2).

> Havia um espaço político para o movimento de saúde dialogar com a sociedade. Os militares estavam muito mais marcados com o discurso da educação, no sentido de impedir essas ações, de educação transformadora, educação libertária, com as palavras-chaves, que chamavam o movimento de educação, do que mesmo com a saúde. Eu acho que com a saúde, a gente teve mais espaço para discutir a atenção primária em saúde, e o aleitamento, o câncer, e etc, mais dentro de um contexto social e político(MG3).

Como resgata Doimo e Rodrigues (2003) no artigo "A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal da atuação política", as iniciativas de articulação dos segmentos populares contavam com a vasta rede capilar da Igreja Católica, padres, freiras, até bispos e demais segmentos religiosos identificados com a Teologia da Libertação e as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs).

> Participara, também Intelectuais de várias facções da "nova esquerda" — remanescentes do Movimento de Educação de Base (MEB), da Ação Católica Especializada e da Ação Popular (AP), membros do chamado Ecumenismo Secular organizados em Ongs como a CESE (Coordenadoria Ecumênica de Serviços), o CEDI (Centro de Estudos e Documentação e Informação), médicos ativistas junto à Pastoral da Saúde, demais profissionais da saúde vinculados ao chamado novo sindicalismo, e uma multiplicidade de lideranças locais como parte das "comunidades reivindicantes", articuladas entre si através de redes sociais predispostas à participação. (DOIMO, RODRIGUES, 2003)

É nesse cenário de articulação popular que **cuidadores comunitários** se conformam como uma nova função sócio-ocupacional, o Agente de Saúde Comunitário. Este surge como uma estratégia das classes populares para responder ou amenizar problemas individuais e coletivos, mas acaba se tornando um disparador de um processo de organização comunitária.

> Esse movimento, evidentemente, tinha um caráter político, de resistência, e que era exatamente, através desse movimento que criamos condições, para voltar a colocar na ordem do dia, as lutas, do dia-a-dia do povo, de suas necessidades concretas, e, portanto, através dessas lutas, irmos fazendo também a sua resistência contra a ditadura(MG5).

A conformação dessa ocupação data do ano de 1966, quando aconteceu em Recife um grande desastre natural, causado pela enorme vazão de chuva e pela condição geográfica localizada abaixo do nível do mar. Esse fato é conhecido como a enchente de 66. Tal desastre levou a uma comoção pública *"pelas emissoras de rádio se pedia a solidariedade da população, levando medicamentos, levando roupas, material de higiene, pedindo também a ajuda dos profissionais de medicina" (MG5).* MG5 resgata um momento importante de mobilização e de aproximação de alguns atores sociais com a comunidade dos Coelhos.

> A grande cheia de 1966 foi à primeira de impacto, numa época em que não havia nenhuma organização de defesa civil na cidade, e a informação que chegava através da emissora de rádio, era que havia essa cheia do Rio Capibaribe. E, nesse dia, nós nos juntamos aos moradores, e pela primeira vez, eu vivenciei na prática, o conhecimento real do que é uma comunidade rigorosamente excluída e marginalizada. O bairro dos Coelhos tinha na época predominantemente as construções na forma de palafitas, e que seriam rigorosamente atingidas. Havia um sentimento na população, e um certo costume de conviver com as marés altas em algum período do ano, no inverno, com a coincidência das chuvas. Muita desconfiança de informações, porque o clima não propiciava segurança até sobre as informações que lhe eram passadas.

As pessoas do bairro dos Coelhos ficaram abrigadas na arquidiocese do bairro, que era um espaço já utilizado pelas entidades para realizar reuniões, e nesse contexto organizar o que chamaram de "Comissão Central do Bairro dos Coelhos". Quando a população passou a retornar às suas casas pós-enchente de 1966 - ocorreram dois movimentos: a reconstrução e a limpeza das casas; e a decisão de manter o grupo que estava discutindo as questões de adoecimento.

> Esse espaço inicialmente é visto pelos militares, como um espaço de discutir a saúde enquanto melhoria da qualidade de vida, e não enquanto um modelo capaz de

> levar à transformação também da sociedade. Eles viam mais como um modelo que se adaptava ao Estado. Para nós, que estávamos no movimento, víamos um espaço de usar nossas ferramentas em saúde, fazer o diálogo sobre o conceito de saúde e discutir contrapontos: conceito biológico com o conceito ampliado de saúde; e aí, havia um espaço para nós que, de uma forma muito estratégica, tínhamos que nos inserir no debate político(MG3).

Nesse momento acontece uma aproximação do movimento comunitário com o movimento de estudantes de medicina da Universidade Federal de Pernambuco, que tinha como campo de prática o Hospital Pedro II, localizado no bairro dos Coelhos *"foi uma vantagem, porque na verdade, na estrutura da repressão, estar junto do povo não era tão bem entendido" (MG5).* Dessa aproximação estruturaram-se cursos de formação para os primeiros "agentes de saúde", como relata MG5:

> E aí foi uma convocação geral, em cada local desses, nós fizemos à identificação de quem já tinha alguma experiência na área de saúde, sejam como meramente aplicadoras de injeção a parteiras, e a pessoas que tinham alguma motivação para ajudar a outros. E isso terminou constituindo um grupo já mais eclético, portanto, com estudantes, com parteiras, ou que a população já reconhecia como pessoas habilidosas pra esse tipo de conduta; e, simplesmente outras, que gostavam de servir ao outro. E, portanto com certo grau de vocação para a prática do hoje em dia chamado "prática do atender e acolher pessoas em sofrimento causado por um agravo à sua saúde(MG5).

As alternativas utilizadas pelo conjunto de sujeitos e movimentos para se manterem organizados e na luta, nesse período de repressão, encontram no setor saúde uma estratégia. *"Então, primeiro, depois de bem discutir cada doença dessas, e a arma para prevenir, nós discutíamos porque aquela ação não estava acontecendo no bairro (MG5)*". É nessa perspectiva que se consolida e se amplia o grupo da saúde.

> O grupo foi se enraizando, se ampliando. Daqui a pouco, essa atividade já estava atraindo pessoas de outros bairros. A gente estava dando uma dinâmica de luta na população que participou. Começavam a discutir o problema do lixo, o problema da água. E, a grande luta, que entretinha o momento e o embate daquela população em relação a ser uma área muito desejada pela especulação imobiliária, e a luta para se garantir na comunidade defendendo a posse da terra. Então, veja que a concepção de saúde passa a ter uma visão muito mais integralizadora do conjunto das lutas. Então, esse movimento do pessoal da saúde fortalecia o conjunto das lutas. Lutas incorporando outras pessoas, e outros moradores com suas aptidões diferenciadas,

> do que especificamente da saúde, mas ela era o motor de transformação real da comunidade, portanto, eram agentes de transformação(MG5).

As conquistas alcançadas pela comunidade fortaleciam o processo de organização e resistência, além de desenvolver estratégias para cuidar das pessoas e da comunidade, tanto pelos estudantes e trabalhadores envolvidos, como pela própria comunidade, onde "*o processo de luta foi um progressivo movimento para melhorar a qualidade de vida da população" (MG5).*

O movimento popular conseguiu auxílios financeiros para o desenvolvimento de atividades comunitárias ligadas as pastorais da Igreja Católica e para o desenvolvimento de práticas ditas alternativas. No contexto da ditadura militar, o movimento busca referências externas para sustentar seu processo de organização.

> Nós tínhamos essa visão de ajudar o povo a se organizar, em cima de ações concretas, e no caso específico, na saúde, e pela saúde. Mobilizar para as grandes lutas, da população como um todo. Retomando o encorajamento e a disposição para fazer valer os direitos. MG5

Organizações e agências internacionais começaram a fazer doações de equipamentos de saúde, e segundo MG5 "*lá para as tantas a gente tinha, um serviço de saúde".* No caso da atenção primária, e do ACS, as influências de organizações internacionais, com orientações e/ou financiamento para estruturações de políticas se deram a partir de algumas agências, como a UNICEF, e pactos, como a Carta de Alma-ata. Para MG3' *"o aparecimento do agente de saúde que eu conheci, a partir de 1979. Para nós em Casa Amarela, ele vai surgir numa semana de saúde, a partir de Alma-Ata"*.

> Vai ter a formação deles no movimento popular, e que inicia no Brasil, vivendo toda a problemática dos militares, da ditadura militar. E esses ACS's vão se inserir por dentro das igrejas e dos sindicatos, principalmente os sindicatos rurais. E o nascedouro deles se dá nessa contradição que a gente vivia no Brasil, que eu coloco em relação à democracia. Então, é por aí, quando ele ainda não é nem conhecido, tem baixo conhecimento, apesar de vir com uma estrutura forte, do documento de Alma-Ata(MG3).

A Declaração de Alma compreendeu a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de extensão de cobertura, e o agente de saúde como ator nesta estratégia. Embora o termo genérico "agente de saúde" chegue a ser usado na Declaração como equivalente a "recursos humanos para atenção primária", o destaque na discussão dos atores é dado ao agente de saúde *da comunidade* que atua na ponta da extensão de cobertura:

> Ao nível inicial de contato entre os indivíduos e o sistema de serviços de saúde, os cuidados primários são proporcionados por agentes de saúde da comunidade trabalhando em equipe (...). E as *modalidades de agente de saúde* variarão de um país e de uma comunidade para outra de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis... (GIFFIN, SHIRAIWA, 1989).

A experiência de Manguinho resgata que no final de 1985 foram iniciados contatos com o UNICEF no intuito de apoiar o trabalho com agentes de saúde, agora em regime de trabalho de 40 horas semanais e com remuneração. Para isso foi assinado um convênio onde:

> Apontou recursos para o pagamento de bolsas para as agentes de saúde, durante 9 meses, e colaboração técnica do UNICEF e da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais - FLACSO na implantação do trabalho. No período seguinte, contamos com apoio da Fundação W.K .Kellogg através do Programa de Apoio à Reforma Sanitária PARES/ENSP. (GIFFIN, SHIRAIWA, 1989).

Organizações começaram a atuar nessa área, a primeira delas começou já desde a cheia de 1966 com a arquidiocese e que tiveram no seu arcebispo, Dom Hélder Câmara, um defensor e entusiasta. Doimo e Rodrigues (2003) resgatam o movimento nacional que articulavam as experiências, e a importância política da Igreja e de Dom Helder. MG5 analisa como o agente comunitário e o movimento popular se desenharam em Recife:

> Até o final da década de 70, essas experiências de tipo "comunitário-alternativo" foram predominantes. Tanto, que os dois primeiros encontros nacionais chamaram-se ENEMECs, isto é, Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária e foram realizados nos anos de1979 e 1980, não por acaso em Recife (PE), terra para onde emigrara o ex-bispo auxiliar da Arquidiocese do Rio de Janeiro, Dom Helder Câmara, conhecido pela sua irreverência ao regime militar e pelo apoio aos pobres, oprimidos e perseguidos políticos. DOIMO E RODRIGUES (2003)

> Em Pernambuco o ACS surge como uma agente realmente da comunidade, a partir de dois grandes núcleos: o de Casa Amarela e o dos Coelhos. O núcleo dos Coelhos articulado por Paulo Dantas, com uma articulação política, talvez um pouco menos vinculada à igreja propriamente dita, e o núcleo de Casa Amarela com uma articulação mais forte ligada à igreja. O de Casa Amarela cresce bem mais, se organiza em torno da comissão de saúde de Casa Amarela, e que assume um protagonismo nacional na década de 80. PG8

Os dois grupos, dos Coelhos e de Casa Amarela, participam do **Primeiro Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária (I ENEMEC)**. Dom Hélder promove o Segundo encontro em Pernambuco, em 1980, onde se discute a articulação e organização do movimento popular. No III ENEMEC foi criado "oficialmente" o **Movimento Popular de Saúde - MOPS**. Nesse encontro, modificam-se os próximos espaços, deixando de ser ENEMEC e passando a ser Congresso do MOPS. Nesse mesmo contexto, define-se que o grupo de Casa Amarela assumirá a coordenação do MOPS.

> Durante o III ENEMEC, realizado em 1981, o MOPS é "oficialmente" criado como fruto do empenho do CEPIS (Centro de Educação Popular do Instituto *Sedes Sapientae*), berço *onguista* do dominicano Frei Betto, com o propósito de dar unidade aos movimentos populares e às experiências comunitárias de **saúde**. Pulverizado nas grandes e pequenas cidades, bem como nos mais distantes grotões de todo o território nacional pela sobreposição às CEBs e à geopolítica da Igreja, o MOPS vai ganhar visibilidade numa multiplicidade de localidades. Além das periferias das grandes regiões metropolitanas e capitais brasileiras, como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba, Recife, Fortaleza, Vitória, Cuiabá, Teresina, e outras tantas, este movimento também marcava presença em localidades pouco lembradas, como Ceilândia (DF), Porto Nacional (GO), Andradina (SP), Conceição do Araguaia (TO), Ji-Paraná (RO), Contagem (MG), e assim por diante. DOIMO E RODRIGUES (2003)

> No processo de redemocratização percebe-se que o movimento tem um lastro muito maior que a cidade do Recife, vários movimentos similares estavam acontecendo no país. No Recife o movimento abrangia outros bairros, como o Coque.No Coque, onde nós entramos em 1971, nós organizamos o mesmo processo de trabalho, mas tinha uma organização não governamental internacional, chamada "mão dos homens", que desenvolveu atividades de cursos profissionalizantes, de alfabetização, escolas comunitárias e uma ação de saúde, onde nós participávamos. Era a mesma formatação, formou-se, portanto, outro grupo da comunidade de saúde, e que fazia também esses cursozinhos, esses treinamentos (...). Fizemos um trabalho do mesmo porte, e que teve os desdobramentos de lutas coletivas, muito semelhante ao dos Coelhos, luta por água na comunidade, luta por esgotamento sanitário, luta por habitação, luta por posse de terra(MG5).

Os arranjos que estruturam os movimentos têm um cenário peculiar em cada bairro, e se articulam de forma distinta. Como resgata PG8, o dos Coelhos caminha pela articulação da AP - Ação Popular, primeiro, e depois do PC do B. O de Casa Amarela sofre influência do PO (Política Operária), e um pouco do PCB (Partido Comunista Brasileiro), e também das Comunidades Eclesiais de Base. Para PG8, o Movimento de Casa Amarela "*vai caminhar por outra linha, de outras correntes políticas, e que promovem grupos de discussão noturnos, com esses agentes de saúde, com textos teóricos, tanto de referência política, como o próprio marxismo, como textos de Paulo Freire e de outros"*. O Movimento de Casa Amarela desenvolve um processo de formação política, sendo esse o cenário de formação de vários militantes, que se implicaram nos movimento local e nacional a partir do MOPS. No cenário nacional e local se trava a luta por direitos sociais fundamentais.

> O momento pré-constituinte é um momento por acesso aos direitos sociais básicos, que iam desde a posse da terra até o direito à água. A gente participou pelo movimento estudantil numa passeata na Avenida Conde da Boa Vista para colocar água em Casa Amarela. E aí o MOPS botava mil pessoas na rua, para poder se abrir os primeiros poços, que vão abastecer os morros e pôr as caixas d'água. Então, a saúde protagonizava uma luta por urbanização(PG8).

Nesse contexto que se organizam o **Movimento Popular de Saúde - MOPS**. Eder Sader (1988) pesquisou sobre os novos movimentos sociais que se estruturaram nas décadas de 70 e 80, e que impactaram nas políticas de Estado. Dentre os quatros movimentos pesquisados por esse autor, encontram-sei as "comissões de saúde" da periferia do leste de São Paulo. O pesquisador enfatiza que as novas configurações dos trabalhadores constituíram movimentos sociais com novos padrões de ação coletiva e com novos sujeitos políticos.

Essa pesquisa intitulada "Quando novos personagens entram em cena – experiência e lutas dos trabalhadores na grande São Paulo, 1970-1980" ajudar a compreender os elementos

que articularam o movimento nacional e forjaram um novo trabalhador na cena política da saúde.

Um momento em que a mobilização dos sujeitos envolvidos em uma diversidade de lugares, dentre elas a comunidade, teve na saúde um contexto que aglutinou e gerou processos instituintes. Estes, no período da ditadura militar produziram resistência e organizaram a luta em torno da redemocratização do país e da necessidade de políticas públicas de saúde. Surge nesse cenário o Agente de Saúde, sujeito comunitário, que busca a partir da mobilização e da articulação produzir cuidados em saúde, e lutar contra as restrições políticas do momento.

4.1.2 – A LUTA PELA INSERÇÃO E REGULAMENTAÇÃO EM RECIFE

O cenário da VIII **Conferência Nacional de Saúde** era de tensão e forte posicionamento do **Movimento de Reforma Sanitária**, que imprimiu para dentro do Estado uma disputa de política pública. Para compreender esse processo, e como a inserção do ACS acontece enquanto política nacional é importante compreender como aconteceu a implantação do SUS e como os sujeitos do Movimento Popular se movimentaram.

No contexto nacional o MOPS conseguiu chamar a atenção na VIII Conferência Nacional de Saúde ao reivindicar a regulamentação do trabalho do ACS. Sobre tal contexto, M2 ratifica que "*no processo de redemocratização do país, o movimento popular é um segmento emergente, ainda marginal de trabalhadores".* Depois da VIII CNS formam-se os fóruns de saúde, estadual e nacional, discutindo questões, principalmente a constituinte.

O MOPS de Pernambuco saiu em caravana para participar da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. O movimento mobiliza diversos setores e sujeitos na Conferência, e problematiza a inserção do agente de saúde no sistema de saúde.

> A sociedade vai tomando conhecimento dele, e até que na 8ª conferência, ele parte então, com força, para ser bem conhecido. Apresenta-se aqui em Pernambuco, na pré-conferência nacional de saúde, dizem da sua existência, e depois eles vão para Brasília, e lá, pedem para serem reconhecidos. Então, essa segunda fase, que vai de 1986, com a nossa VIII conferência, até 1988 quando vai se criar o SUS, ele vai buscar essas inserções e reconhecidos. MG3

> O movimento popular de Pernambuco se apresenta na conferência com reivindicações, como a regulamentação do trabalho do ACS. A gente fez um documento (na VIII conferência) onde solicitávamos do governo federal que o estado assumisse aquele trabalho que a gente até então fazia dentro da comunidade. M2

O movimento popular buscou estratégias para manter o trabalho desses agentes na comunidade. A intervenção do MOPS, juntamente com a Igreja, conseguiu financiamento e produziram um **Projeto de Saúde em Casa Amarela, o PSCA**. E, com isso, promovem a contratação de técnicos de nível superior, médicos e enfermeiros, e inclusive a "*contratação dos próprios ACS, com carteira assinada já nesse período da década de 80 (84, 85) pelo projeto de saúde de Casa Amarela(PG8)"*.

Em 1986, ou seja, há 22 anos, a **Prefeitura da Cidade do Recife** organizou a primeira seleção pública para cinqüenta Agentes Comunitários de Saúde, antes do PNACS e do PACS existirem. O MOPS imprimiu esse processo a nível local e nacional.

> A gente tinha a noção de que concurso público não caberia para esse tipo de servidor, ou de agente público. Caberia um teste seletivo, porque teste seletivo eu não me obrigava a universalizar, eu posso fazer por área. Por isso que o critério de vagas era por área, e o servidor sabia que ia servir na sua área, onde ele mora, esse era um dos critérios(PG8).

No processo de declínio do regime militar, e da abertura discreta da sociedade, o movimento de oposição elegeu vereadores, prefeitos, governadores em diversos estados. No pleito de 1985 elegeu-se a prefeito da cidade do Recife, Jarbas Vasconcelos, candidato do PSB. Para o MOPS este fato representou uma boa oportunidade para disputar o reconhecimento e a inserção do Agente de Saúde nas políticas públicas.

No caso de Recife, o MOPS lutou pela inserção e regulamentação do trabalho do ACS. Corroborado pelo momento político na Secretária de Saúde, onde o seu secretário fez parte de todo processo de mobilização desse trabalho nos Coelhos e no Coque, configurou-se uma forte investida na estruturação do processo de trabalho-intervenção na realidade de saúde do referido território-processo recifense. Uma das estratégias que estava sendo produzida em Recife, nesse período, era uma seleção pública para os Agentes de Saúde.

> Naquela seleção pública, o que é que nós (MOPS) queríamos, e tentávamos pactuar com a secretaria de saúde do município. Era que, o agente de saúde tivesse inserção nas lutas sociais de sua micro-localidade, do seu bairro, que ele, não necessariamente tivesse acumulado escolaridade, e sim, luta social. (...) O que nós víamos não era um espaço de criar emprego para todo mundo não. O que nós víamos era a possibilidade de dialogar com atores capazes de realmente representar, e de fazer esse diálogo, entre a casa do cidadão e a equipe de saúde. É aquele famoso elo, e para ser o elo de ligação era preciso que ele compreendesse, no mínimo, o seu território. E compreender isso, era estar envolvido nas lutas sociais do seu território, então, ele devia vir com essa riqueza(MG3).

O teste seletivo teria que ser aprovado pela Câmara. E segundo PG8 "*seria possível à câmara aprovar sem acordos? Eu diria: jamais! Porque esse era o espaço das possibilidades das influências e das indicações"*. A negociação com a câmara para a aprovação do projeto resultou em um acordo, onde a metade das vagas seria indicada pelos vereadores, e a outra, pela comunidade. Ambas passariam pela banca de seleção.

> E essa vai ser a disputa nossa em 1986. A instituição diz "não, nós temos que dividir essas vagas, metade para a câmara, que não vai ter esse perfil, e outra metade para o movimento popular, 25 vagas para cada". Os que vieram da câmara passaram pela mesma banca, pois a banca era única, só que, quando eles sentavam e perguntavam: Por que você quer ser agente de saúde? Eles respondiam: "eu quero ser agente de saúde porque o vereador fulano de tal me mandou para disputar uma vaga". Então, era esse o discurso. E, quando a gente fazia à mesma pergunta aos que vinham do movimento social: Por que você quer ser agente de saúde? A resposta era "porque eu fiz um curso de saúde, já participo e eu fui escolhido pela minha associação dos moradores, do meu bairro, para fazer parte do MOPS". E uma grande parte deles era indicada na assembléia do bairro: _ fulana que está organizando muito bem as barreiras, você pode ir para o movimento de saúde? MG3

Com relação ao desdobramento dessa negociação, refletiu PG8:

> Como foi que se processou a negociação? Quando eu fui conversar com os vereadores na época, a pergunta era clara: "ah, eu aprovo essa lei e o que é que eu vou ganhar com isso? Esse é o pessoal, que vocês dizem que tem esses movimentos aí, esse é o que vai entrar? Desse jeito a gente não aprova!" Então vamos aprovar, da seguinte forma: não é um teste seletivo? Então não pode restringir inscrição de ninguém, vocês têm todo o direito de encaminhar as pessoas. Agora, qual é o critério? São pessoas que vivam na comunidade, e que, de alguma forma já exerçam uma atividade na área da saúde(PG8).

> Os vereadores acordaram para aprovar o projeto, que eles fariam metade das indicações, para efeito de se submeter à seleção, podendo passar ou não. E aí coloquei os critérios. E tem um critério que jamais nenhum daquele lado passaria que era o de ter que participar dos movimentos sociais, de luta coletiva. Então, qual era o princípio? Os vereadores indicam, porém se o pessoal deles não tiver a qualificação, as vagas serão preenchidas por outros. E esse assunto foi exaustivamente apresentado, e eu tenho a minha consciência hoje tranqüila, pois apresentei, discuti e mostrei que **em política se tem limites**(PG8).

A banca examinadora, que "*a contragosto dos vereadores, montamos uma comissão com a participação do movimento popular dentro dela" (PG8),* fez uma denúncia que chegou aos jornais com a seguinte acusação: "MARACUTAIA NO CONCURSO DE AGENTE DE SAÚDE!" A primeira reação desta denúncia veio da câmara dos vereadores:

> Qual foi a primeira reação que surgiu? Foi a dos vereadores, e da base de governo, a chamada para uma CPI, em que o secretário seria o alvo. E isso com o apoio e a assinatura do líder do governo, que no caso era Cadoca. O movimento como um todo, pasmo, sem entender nada, e por não entender nada, precisando de esclarecimentos. Então, eu fiquei numa seguinte situação: onde eu tinha mais aliado, estava sendo atingido, e na câmara era onde eu tinha mais dificuldades(PG8).

A divergência quanto à condução do processo seletivo levou a uma ruptura da gestão com o movimento popular. As denúncias e a tentativa de uma CPI pela câmara dos vereadores provocaram a anulação da seleção.

> Então, o que aconteceu foi que eles foram muito criteriosos na seleção que mandaram. Eles buscaram exatamente indicar as melhores pessoas. E aí, a banca examinadora não teve como não aprová-los. O movimento popular tinha vontade de oG1er muito mais vagas e poderia tê-las, porque a gente iria criando ao longo do tempo. Mas a urgência, as emoções do momento, levou a uma situação que rigorosamente, eu não esperava. Porque foi exatamente dentro da comissão examinadora que se partiu a contestação aos acordos feitos e aos critérios pré-estabelecidos(PG8).

> Os vereadores não recuam, e agente também não recua. E o prefeito vai ter que anular a seleção! A seleção é anulada, com a pressão do movimento popular muito forte, e quase que a gente perde Paulo Dantas, que era um aliado da gente, mas ele não tinha força política naquele momento para enfrentar a câmara. Quase que nós o

> perdíamos, mas nós tínhamos que ir de encontro, porque ele representava naquele momento o Estado(MG3).

Essa "derrota" causa um esfriamento no movimento e na articulação pela inserção do Agente de Saúde em Recife. No final da década de 1980, o movimento popular viveu momentos difíceis, com o declínio do movimento de Casa Amarela. O MOPS *perdia espaço para "Prefeitura nos Bairros", que começa um movimento de cooptação de lideranças muito grande (PG8).* E, nesse contexto encontra-se em processo de desestruturação.

Ao movimento se somam diversas perdas: a não inserção legal do Agente de Saúde no município; a diminuição de espaço de Dom Hélder; e a perda de recursos. Isso corroborou para a desestruturação do movimento, e o Projeto de Saúde de Casa Amarela foi finalizado. Em 1989, os militantes do PSCA realizaram um seminário e declaram o fim do Projeto.

O MOPS buscou articular nos contextos local e nacional o reconhecimento e a inserção do Agente de Saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde é marco histórico dessa articulação. A busca pela vinculação local teve no governo Jarbas e na sua gestão da saúde um potente aliado, mas o "jogo político" imprimido pela câmara dos vereadores produziu uma desarticulação do movimento pela regulamentação do trabalho dos agentes em Recife.

> Até meados da década de 1990, o MOPS ainda devotava maiores preocupações com o SUS tentando garantir a continuidade da participação, sem temer a esfera institucional. Sua verdadeira vocação, no entanto, era a de conclamar suas bases para "*a proliferação de organismos de poder popular em toda a sociedade(...) como forma de democratização do Estado",* e esta ambigüidade entre construir o "poder popular" pela mobilização "autônoma e independente" e participar institucionalmente no processo de tomada de decisões governamentais, gerou tal "esquisofrenia ideológica" que os empecilhos aos processos de inovação institucional provinham das próprias redes movimentalistas locais sob sua influência. Junta-se a isto a dificuldade em compatibilizar funções de fiscalização e de contestação do Estado. DOIMO E RODRIGUES (2003)

No momento de declínio em Pernambuco, no Ceará o movimento de inserção ganha força política. E logo em seguida, na década de 90, se iniciou no cenário nacional a inclusão do agente de saúde nos programas, com o PNACS em 1991, depois o PACS em 1992, e bem

depois, com o PSF e a sua estratégia. Quanto ao processo de regulamentação legal do ACS essa só aconteceu duas décadas depois desse episódio, inclusive em Recife.

Considera-se, portanto, que os movimentos são dialéticos e dependentes historicamente do seu contexto e dos sujeitos. E que para se estruturar a política de saúde, faz-se necessário, movimentos sociais fortes e organizados, como também, protagonistas do movimento de saúde em cargos-chave do governo no poder executivo ou do sistema político-administrativo.

4.2 - O ACS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA DÉCADA DE 90

4.2.1 – OS PROCESSOS INSTITUÍDOS NO GOVERNO COLLOR E ITAMAR

"Navegamos na adversidade, mas navegamos! (G6)".

A partir da década de 70, nos países de economia central, a dinâmica da produção e do trabalho sofre influências do processo de reestruturação produtiva do capital. No Brasil, esse processo é observado a partir dos anos 90, em meio à aceleração do processo de globalização da economia, somada a adoção de políticas recessivas de cunho neoliberal (ANTUNES, 2005).

Nos anos 90 o espaço social brasileiro é marcado pela instabilidade política - com a crise institucional do impeachment do presidente Fernando Collor, e econômica – com os planos de ajuste. As medidas tomadas por esse governo provocaram a agregação dos movimentos de juventude, que saíram as ruas de caras pintadas pedindo o seu impeachment, além do sofrimento de milhões de pessoas na manobra de confisco da poupança, bem como demissões e agressões ao funcionalismo público. O governo Collor inicia no país a aproximação com a agenda neoliberal, como evidencia Filgueiras (2000).

> Com o Governo Collor e seu plano econômico, assistiu-se a uma ruptura econômico-política que marcou definitivamente a trajetória do desenvolvimento do Brasil na década de 1990. Pela primeira vez, para além de uma política de estabilização, surgiu a proposta de um projeto de longo prazo, que articulava o combate à inflação com a implementação de reformas estruturais na economia, no Estado e na relação do país com o resto do mundo, com características nitidamente liberais. No entanto, esse projeto, conduzido politicamente de maneira bastante inábil, acabou por se inviabilizar naquele momento (FILGUEIRAS, 2000).

Um governo, com forte pretensão neoliberal se encontra diante de uma constituição que compreende a saúde enquanto direito de todos e dever do estado, e que tem no Sistema Único de Saúde bases ideológicas que pedem uma reforma de Estado. Apesar do avanço no setor saúde, a constituição segundo Faleiros (2000) se configurou como liberal, democrática, e universalista expressando as contradições da sociedade brasileira.

A institucionalização do SUS começa a tomar corpo nos anos 90, como resultado dos interesses criados com a estratégia da unificação do sistema de saúde ao longo da década anterior. Contudo, o movimento da reforma sanitária e os defensores da municipalização depararam-se com um cenário político imerso na crise do financiamento público, e na tentativa de ofertar uma "cesta básica" para a saúde.

> Collor queria o SUS, unicamente respondendo às coisas muito elementares mesmo. Nós queríamos o SUS respondendo ao processo da atenção primária, secundária e terciária, mas num nível de complexidade, observando a saúde, de natureza complexa(MG3).

A disputa estava em tentar estruturar a atenção à saúde guiada pelos princípios garantidos constitucionalmente, onde a integralidade, a equidade, a universalidade e a participação social se colocavam como desafio. Então, a construção do sistema de saúde "desejado" se fazia na constante disputa social, e nos processos instituintes e instituídos.

Sobre a saúde na Constituição brasileira, afirma-se a característica universalista, e o seu período de estruturação, década de 90, é também o momento em que o país está sofrendo o impacto da reestruturação produtiva e do neoliberalismo. A conjuntura econômica e

política, além da gestão pública, interferirão diretamente sobre a fase de estruturação de um novo trabalhador em expansão, que é o ACS, enquanto: programa, política e trabalhador.

> Ele (Collor) não assume o PACS. Ele assume o PACS como política de pobre para pobre. O resto ficaria encarregado da medicina de planos e da medicina privada, era o ideal de Collor. Mas, com a fragilidade dele, e ele vai cair, o movimento, se expande com a fragilidade do momento. Momento que é oportuno para que a esquerda sanitária e o movimento de saúde ampliem esse jogo contra-hegemônico do estado-mínimo(MG3).

A crise produzida no governo Collor levou a uma mobilização das forças políticas, e ao assumir a presidência o então vice Itamar Franco esfriou o movimento de implantação da agenda neoliberal para manter a governabilidade. Nessa perspectiva ocorre, segundo G6 "a *entrada de várias forças de esquerda no aparelho do estado, em especial no setor saúde".* E com isso, se fortalece a construção de diversas estratégias políticas para a implantação do SUS.

> O ministro era o Jamil Haddad, do PSB, depois entrou o ministro Henrique Santilho que foi um dos primeiros vereadores do PT do estado de Goiás, ambos no campo da esquerda. Então, a gente visualizava essa possibilidade do encontro dos técnicos das esquerdas. Quer dizer, eu não vim como uma delegação do PT, as pessoas da AIDS não vieram como do PC do B, do PDT, mas, nós tínhamos de certa forma, compromisso, primeiro conosco e da origem da qual a gente era, não só da corporação da saúde, mas na questão partidária. Como o governo Itamar foi curto, eu penso que ele deu autonomia a esses ministros, e esses, por conseqüência, aos técnicos, porque não tinha muito tempo(G6).

> Quando Itamar entra, ele entra no sentido mais de agregar, na perspectiva de que esse estado não saia das mãos dele, e nesse sentido ele vai buscar os setores da sociedade capazes de, pelo menos, responder a esses setores. E aí é que vem a figura de Santilho, como ministro da saúde e que conhecia bem a experiência do Goiás, trazendo como um experimento, como um programa, o PSF, para ampliar a resposta do PACS(MG3).

Nesse período, o governo ampliou espaços de encontro das experiências locais na atenção primária e articulou a implantação nacional de algumas dessas estratégias. Para compreender esse movimento faz-se importante resgatar a experiência do Ceará. Onde o governo estadual usa como estratégia o recrutamento de mulheres nas frentes de trabalho, no período de seca, para desenvolver ações de saúde, com enfoque na mortalidade infantil. Em

1987, ocorre a contratação de 6.113 pessoas, contudo com o fim da estiagem, essa iniciativa é desativada. Essa situação muda a partir da reivindicação das comunidades antes assistidas, fazendo surgir o Programa dos Agentes de Saúde em 1988, em 45 municípios, sendo ampliado em todo o estado (MINAYO et al, 1990). O programa foi criado para combater a mortalidade infantil, com um impacto que rendeu ao estado um prêmio da UNICEF.

Em 1991, no bojo das reformas do governo Collor, essa sistematização de experiências foi incorporada pelo governo federal através do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde - PNACS (1991), que se transforma em Programa de Agente Comunitário de Saúde - PACS em 1992, e depois em 1994 em Programa Saúde da Família - PSF. (SILVA e DAMALSO, 2002a, p. 47-8). Concomitantemente há uma expansão do ACS na maioria dos municípios do país, com um total de 227.722 ACS, em aproximadamente 5.313 municípios.

> Então, ele nasce em 1991, como uma espécie de sistematização das experiências, e eu diria, como uma espécie de reconhecimento da relevância social desse trabalho. E com uma posição muito bem demarcada, de que esse sujeito deveria ser um sujeito da comunidade, e que ele não deveria ter, a priori, nenhuma formação tecnocrata(G6).

> Em 1994 o Saúde da Família caminha passo a passo com o movimento da municipalização. Nós (representantes do governo federal) gostaríamos que os agentes comunitários tivessem essa vinculação institucional. Sob o ponto de vista de que, o município organizando seus serviços o mais perto possível da comunidade, de fato, ele não só assumia sua responsabilidade constitucional de responder pelo provimento das ações de saúde, mais do que isso, seria uma forma sutil, dos agentes comunitários de saúde fazerem uma leitura do conjunto das suas micro-áreas, portanto do conjunto dos seus territórios, e, de certa forma, demandar essas situações para que o município se organizasse(G6).

M2 lembra que o Ministro Alcenir Guerra, em 1991, chama o MOPS e a UNICEF para uma reunião em que mostrou e defendeu o projeto com modificações no original que foi entregue em 1986 pelo MOPS. Nesta ocasião o Ministro se comprometeu a implantá-lo em todo país. Para M2 o que o motivava a fazer isso era tentar melhorar a popularidade do presidente Collor.

> Alcenir Guerra chegou à reunião, apresentou o projeto, e foi embora. E disse: “olhe, eu vou fazer o projeto independente de que vocês” queiram ou não, é uma decisão do ministro e o ministro vai fazer. A gente ficou de decidir. E agora o que é que a gente faz? Bom, o melhor é a gente entrar(M2).

O movimento segundo M2 mesmo não concordando com a forma encaminhada decidiu disputar o processo de implantação. Nesse movimento de “parceria” o ministro convoca essas organizações para participar da seleção dos ACS no Brasil.

> Ele coloca que esse processo seletivo seria uma parceira do governo federal com os estados e municípios. Não tinha muito critério, era só saber ler e escrever, quando o quê a gente colocou lá (no projeto entregue na 8ª CNS) vários critérios, todo detalhado(M2).

Nesse período se fortalece a desconcentração dos programas de saúde. Não houve uma descentralização porque o financiamento continua no governo federal, e segundo Marta Arretche (2005) ao analisar o processo de construção institucional do SUS, no artigo "A política da política de saúde no Brasil" destaca duas características centrais: a continuidade do setor privado, ao lado de um sistema público universalista; e a enorme concentração de poder no Ministério da Saúde, a despeito da perspectiva de descentralização do setor. Rodrigues (2007) ao analisar essa autora compreende que:

> O conflito federativo aberto pela redemocratização teria motivado manobras do Ministério da Saúde visando superar os limites à sua autoridade. Nesse movimento, o Ministério teria se transformado, ao mesmo tempo, na principal arena decisória na formulação da política nacional e "no ator mais poderoso no processo de implementação da reforma" (p.286). Essa 'descentralização concentradora' teria se iniciado no governo **Collor**, quando a Lei 8.080/90 esvaziou o papel dos estados, ao entregar aos municípios a gestão das ações e serviços e assegurar à União o comando do Sistema. O processo teria sido concluído no governo de Fernando Henrique Cardoso, com a NOB 96, que permitiu ao Ministério fortalecer o controle sobre estados e municípios, os quais têm de aderir às suas regras para ter acesso a recursos financeiros.

O Ministério e as Prefeituras assumem um termo de acordo, em que os agentes passaram a ser gerenciados, orientados, treinados, e capacitados pelas prefeituras. Também

coube as Prefeituras a prestação de contas do trabalho dos ACS, e o Ministério comprometeu-se com o repasse mensal do incentivo financeiro por cada agente comunitário, situação que se perdura até hoje. Nesse momento a contratação do ACS deixa de ser feita pelo governo federal, e passa a ser realizada pelos municípios. "*Foi acabando a história da bolsa, e passou a ter as cooperativas*(M2)."

> O reconhecimento de uma categoria no serviço público não teve acompanhamento ou não teve o entendimento de quem deveria ser o empregador dessa categoria profissional – Se o estado diretamente ou se o terceiro setor. Há o reconhecimento desta função enquanto profissional sendo exercida exclusivamente pelo SUS(G7).

Essa é uma questão central no processo de vinculação desse trabalhador e que repercute em vários desdobramentos. Outras questões foram aparecendo com a inserção desse trabalhador no sistema como a relação com o Conselho Regional de Enfermagem – COREN em 1994 ao questionar alguns procedimentos realizados pelos ACS, como verificar a temperatura, usar termômetro, tensiômetro, dentre outras coisas.

> Então, na década de 90, quando passa para o PACS e as enfermeiras tomam conta da supervisão. (...) A corporação das enfermeiras ganha o processo e nisso já há uma restrição das ações. A lei do exercício da enfermagem passa a deixar bem claro que não se pode fazer uma série de procedimentos que são de atribuição exclusiva da enfermagem(PG8).

PG8 relata que na década de 80 a idéia defendida por alguns gestores era de que o ACS poderia fazer o máximo que estivesse ao seu alcance, ou seja, de ser o cuidador da saúde na comunidade. E segundo ela, "*isso vai se perdendo!*", como também, vai se perdendo outra dimensão significativa da prática do ACS, que é organização da comunidade para lutar por seus direitos.

Em 1994 no Encontro Nacional de Avaliação do PACS, que aconteceu em Fortaleza, o professor Mário Grossman, segundo PG8, chamou a atenção para a sua posição, de que "*o ACS era como uma mãe boa, ou seja, tudo o que você pudesse orientar uma mãe para fazer,*

o ACS poderia fazer também". Baseado nessa afirmação PG8 defende que "*não tinha sentido se proibir o ACS de aferir a temperatura, uma vez que se ensinava a uma mãe a usar o termômetro e a dar um anti-térmico"*.

Polêmicas como essa que se relacionam com o processo de divisão do trabalho têm sofrido forte viés corporativo e privatizante das práticas de cuidado. Esse é mais um tema, que embora não seja objeto do estudo, apontamos como importante para estudos e reflexões futuras.

Sendo assim, nesse momento há uma difusão da estratégia da atenção primária à saúde, contudo, os centros hegemônicos da economia mundial revalorizam o mercado como mecanismo privilegiado para a alocação de recursos e questionam a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para o atendimento de necessidades sociais, inclusive saúde (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998). É nesse contexto de ambigüidade que o Saúde da Família começa a despontar, no final da década de 90, como estratégia estruturante dos arranjos organizacionais dos sistemas municipais de saúde.

4.2.2 – OS PROCESSOS INSTITUINTE – AS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS

As transformações socioeconômicas em curso no Brasil nas últimas décadas têm tornado cada vez mais evidente a afirmação de um novo modelo de organização do trabalho. O impacto deste no sistema ocupacional tem incidência direta na sociedade, por representar uma ameaça ao modelo de sociedade salarial (CASTEL, 2001) e à inserção no mercado de trabalho formal, mediante vínculo empregatício, garantias trabalhistas e estabilidade.

Uma questão significativa nesse período foi à entrada de forma clara e ideológica do ideário neoliberal, com aprofundamento da relação do governo com o Fundo Monetário Internacional - FMI.

As recomendações que vinham sendo feitas nos anos anteriores, pela Organização Mundial de Saúde – OMS, pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, e defendida na Carta de Ottawa (1986), propondo a meta "Saúde para todos no ano 2000", e de sistemas de saúde que a execução dos seus serviços via Estado, com coordenação e financiamento público, mudam radicalmente na década de 90.

Técnicos ligados aos movimentos de reforma sanitária, e que partilharam da estruturação do SUS, entraram nas instituições como o Ministério da Saúde com o intuito de contribuir, por dentro do Estado, na formulação de políticas. Estes mobilizaram projetos com organizações internacionais, e apesar das críticas pelos setores da esquerda quanto a essa articulação, os mesmos defendiam que existiam contradições internas, e sendo assim seria interesse constituir parceria.

> Por que a UNICEF ajudou? Por que a OPAS ajudou? Por que a UNESCO ajudou? "Porque nessas instituições, você têm sujeitos plurais". Tanto sujeitos como nós que defendemos, como sujeitos que eram contra, sujeitos que eram neutros, sujeitos que assistiam, ou que pagavam pra ver. E nessas instituições também têm. Elas não são uma vida tão perversa como as pessoas querem, de forma maquiavélica achar que a UNICEF é "o braço do pós-guerra nos países periféricos!". E na UNICEF a gente têm sujeitos de muita sensibilidade, que convergem conosco nessa proposta, porque já a defenderam desde Alma-ata. Então, nessas instituições (UNICEF, UNESCO, OPAS) você tinha sujeitos de idéias convergentes conosco, e aportavam recursos, não só do ponto de vista financeiro, como sob o ponto de vista de inteligência deles. Ajudar-nos a formatar, a acompanhar e de estar junto dessa proposta(G6).

Parte desses técnicos acreditava que era estratégico fazer parcerias com esses organismos internacionais, como é o caso da a UNICEF. Gastão Wagner (2005) pondera que no período do governo Collor houve uma crescente perda do sentido de militância, ocorridas com o ganho das forças no mundo e no Brasil do ideário neoliberal, para ele a maioria dos sanitaristas passou a se dividir entre a burocracia do SUS e a universidade, alguns tendo passado a ambicionar diretamente o poder.

As orientações feitas pelos organismos internacionais que inclusive, serviram de pilares para as proposições defendidas pelo movimento de reforma sanitária, serão combatidas

e praticamente desaparecem no campo das agências internacionais de saúde, vindas a ser totalmente substituídas pelas prescrições do Banco Mundial.

> Outra coisa é o Banco Mundial, que sempre foi contra propostas que não estivessem na dimensão que ele prescreveu. Isso quer dizer que, eles reconhecem uma massa desvalida, uma massa de pobres, e que precisa estar de pé. E isso por uma lógica simples da economia: sujeito que não tem saúde, não está de pé, não produz e não consume, é massa morta! Então, eles dirigiram todos os países latino-americanos, inclusive o Brasil para este foco, chamada a tal da "carta-mínima"; vamos fazer um pacote mínimo, e vamos investir nesse povo pra colocá-lo de pé e voltar a ser consumidor(G6).

O documento Financing Health Services in Developing Coutries: an agenda for reform de 1987 (Financiamento dos Serviços de Saúde dos países em desenvolvimento: a agenda da reforma) marca o início da atuação mais expressiva do Banco na oferta de idéias no campo da saúde, propondo que o Estado diminua sua responsabilidade quanto ao financiamento da saúde questionando a saúde como direito universal.

O Banco Mundial defende a saúde como negócio lucrativo, aberto ao livre comércio e tenta interferir na aprovação da Lei Orgânica da Saúde - LOS, mas o movimento sanitário se organiza e consegue com muita articulação a sua aprovação em 22 de agosto de 1990. No dia 19 de setembro, o presidente Collor vetou 25 itens da LOS que tratavam do financiamento e do controle social. Os vetos e a substituição de alguns artigos são retomados com a formulação da lei 8142/90, que foi um pacto político firmado entre o governo e o movimento sanitário.

A cooperação do Banco Mundial - BM com o setor saúde brasileiro aumentou nos anos subseqüentes, e o que se percebe é que o Banco vem ampliando suas funções técnicas e financeiras, assumindo um papel cada vez mais político, influenciando a agenda e formulando políticas. Estudos como o de Mattos (2000), que pesquisou os documentos políticos, afirmam que os mesmos são respaldados por uma base ideológica e conceitual que imprime uma diretriz redutora e seletiva às políticas sociais.

Esse estudo não se propõe a fazer análise mais profunda sobre a interferência do BM nas políticas de saúde do Brasil, mas ressalta a importância destes para compreender como se produz o ideário dessa agência, e em que condições este está inserido na produção das políticas no Brasil. Boas referências para esse estudo estão nos trabalhos da Misoczky (1988) e Mattos (2000).

4.2.3 – OS PROCESSOS INSTITUINTE E OS MOVIMENTOS POPULARES

Uma questão que certamente mexeu nos rumos de implantação do SUS nesse período, foi à desarticulação dos movimentos sociais ligados à saúde, com uma desmobilização dos movimentos populares, dentre eles o MOPS. Albuquerque (2003) tenta explicar esse momento e levanta hipótese de que: o MOPS se enfraqueceu com a institucionalização das suas ações via PACS, com o recrutamento dos seus militantes para dentro de espaços institucionais, como o próprio PACS e, além disso, pela entrada desses em outros espaços públicos, devido a redemocratização do país.

O contexto de ampliação e estruturação da saúde da década de 1990 é também marcado pelo dissenso dos movimentos sociais. O MOPS manteve-se coeso até o inicio da década de 90. Albuquerque (2003) argumenta que deixa de existir um fato agregador para o grupo, que foi a luta contra a ditadura na década passada, além da divergência em relação a apoiar o PNACS, que depois se tornou PACS, e segundo ela fragilizaram o MOPS. (ALBUQUERQUE, 2003)

O MOPS defendeu a institucionalização dos agentes de saúde pelo estado, e participou do seu processo de implantação. Em Pernambuco, eram 612 agentes, e no primeiro ano do PACS, esse número chegou a 8 mil. (ALBUQUERQUE, 2003). Logo depois desse processo, o Projeto de Saúde de Casa Amarela (PSCA) começou a discutir a continuidade de sua existência. O MOPS-PE havia se desarticulado e, embora se entendesse que havia uma

debilidade no Movimento Popular, e que era importante defender um projeto popular de saúde, em 1992, foi realizado um Seminário de Avaliação do PSCA que decidiu dar por concluídas as ações do Projeto. MG3 diz que *"O MOPS, que não existe mais nesse momento, como a sua história anterior, é agora um movimento da categoria".*

Nesse momento político, encontra-se o Estado imerso no seu processo de contradições e crises, confrontado pela manutenção do modelo e pela distensão para o novo. Sendo assim, torna-se estruturante para dentro das políticas de saúde compreender o cenário em disputa, tanto em relação à implantação do SUS, quanto à regulamentação do trabalho do ACS.

> A gente vive num movimento de contra-hegemonia. A hegemonia não somos nós, ainda! Eu acredito que a cada ano, a gente vai construindo forças para fazer essa mudança, fazer a inversão desse valor. O arco vai virar, está virando(G6).

O contexto nacional, que convoca os municípios a implantarem os programas, no início o PACS, e depois o PSF, recoloca na agenda do movimento a necessidade de rearticulação as pessoas, que no caso de Recife, tem forte referência no MOPS. O movimento pautou o governo, na tentativa de produzir uma política para a atenção primária no município, porém a conjuntura política de Recife era bastante desfavorável, razão pela qual essa ter sido uma das últimas capitais a implantar tal programa.

> Foi um período muito ruim para nós [Governo de Gilberto Marques Paulo, que era o vice do então governador Joaquim Francisco]. Porque aí, o PACS vai ser realmente relegado a um terceiro plano, e a gente vai viver quase que a retomada do barracão de Gustavo Krause na saúde [quando prefeito biônico nos anos de 1979 a 1982], que antecede a Jarbas em 86 a 89. Os barracões eram espaços no bairro, improvisados, e que tinha "uma assistência social" em que você tirava documentos, recebia o ticket de leite, e na expressão mais popular e chula, "arrancava o dente", e às vezes tinha um médico. Então, era um espaço de multiuso, precário, e que na realidade foi um espaço de intervenção político-partidária nos bairros; principalmente nos bairros em que tinha mais movimento popular pobre, como Casa Amarela, o pessoal do Planeta dos Macacos, (...) Jardim São Paulo, Mustardinha (MG3).

Nesse período o governo produziu estratégias para neutralizar as lutas populares e os movimentos comunitários. MG3 fala que "*com os cabos eleitorais nomeados, ali para dentro, ligados mesmo aos vereadores, fazia a sua política de dar documentos, atestados de óbito, do leite, do assistencialismo*". Em Casa Amarela havia enfrentamentos importantes como relata MG3, "*quando a gente vinha discutir uma rede própria de saúde, com território, "ah, mas não tem os barracões"? Eu dizia, "sim, mas não é isso que a gente quer"?". Então, era bem forte"(MG3).*

No governo de Joaquim Francisco (1989 – 1990), o movimento que já se encontrava enfraquecido desde o governo Jarbas, presenciou a retomada da agenda dos barracões, mas a figura dos cabos eleitorais e a figura dos Vereadores, enquanto espaço de governança ressurge. Nesse cenário, que se reacendem os movimentos populares nos bairros.

> O movimento popular retoma o poder de enfrentamento com o governo Joaquim, no cacete mesmo. E a saúde vai por dentro, e vem a rede de saúde, rede de alfabetização popular, o movimento terra de ninguém, de barreiras, em Casa Amarela; o movimento de Peixinhos, que era um movimento forte, o pessoal de Mustardinha também, do Pina. Cada um com expressões de luta social diferentes; e isso, a federação de bairros fortalece muito. O campo é muito fértil para o enfrentamento(MG3).

O Saúde da Família, que foi se tornando estratégia, toma cada vez mais, a agenda dos gestores municipais. E acaba para alguns sendo encarado como reorientador do modelo de atenção à saúde. Assim, o programa vai se tornando muito mais do que uma simples mudança, mas uma inversão do modelo de atenção à saúde, uma inovação programática. E no Recife esse processo ocorreu da seguinte forma:

> (...) nesse período, de 1990 a 1992, sem o apoio do projeto, os ACS's ficam no limbo, se mantendo naquela situação. Até que surge o PACS no Ceará, e em 1992 o Recife firma um convênio direto com o MS, porque existia uma disputa com o governo estadual, para a criação do PACS. E nessa criação do PACS, o próprio MOPS negocia a inclusão de todos os agentes do movimento. Pela história, seriam em torno de 90 a 100 ACS's. O problema é que nesse momento, dentro da criação do PACS, a Prefeitura estabelece um processo de indicações pelas lideranças comunitárias, e se hoje, você pegar a árvore genealógica deles, quase todos têm essa

> origem. Os antigos ACS's tinham uma indicação de uma liderança, e a partir de 5, 6, 10 pessoas indicadas, a Secretaria de Saúde ia lá fazer uma pequena prova e um pequeno processo seletivo, e assim começa o processo de institucionalização (PG8).

No segundo governo Jarbas (1993 – 1997) o movimento popular se sente inicialmente também muito responsável por elegê-lo. Inicialmente ele retoma a agenda dos ACS's trazendo ânimo novo ao movimento de saúde. *"Com o tempo a gente vai perdendo um pouco a graça, mas, o próprio movimento popular, as federações, as associações, as mais progressistas, entram de cabeça dentro do governo Jarbas*" (MG3). E aí vai ter uma perda muito grande de lideranças do movimento, pois uma grande parte vai participar do governo. E se, no início, isso deu peso para o movimento, logo depois começa a fragilizá-lo.

> O movimento popular fica esperando que o governo faça aquela coisa mesmo da democracia, que é representativa e que termina enfraquecendo as lutas sociais. Se por um lado, ela fortalece as instituições, por outro, ela enfraquece muito as lutas sociais e populares (MG3).

O recrutamento dos ACS's em Recife é norteado pelos critérios nacionais. Um dos primeiros critérios foi de que ele realmente morasse na comunidade, que segundo G6 "*precisava estar vinculado a esse conjunto de famílias, que nós chamamos depois, tecnicamente, de uma adscrição de clientela"*. O segundo critério era que ele soubesse, pelo menos, ler e escrever, e que também tivesse disponibilidade de oito horas de trabalho. Além disso:

> O PACS em Recife deve ser de 1992, 1993, no máximo. E, vão ser selecionados pelo o olhar da secretaria. Inicialmente, é um olhar voltado para o biológico, não é voltado para o conceito ampliado; então, vão buscar esses atores, e isso não impede que muita gente que estava nos movimentos sociais faça a seleção e entre. Então, o primeiro momento ainda é muito fértil, porque você vai ter um número grande de agentes de saúde que foi formado pelo MOPS(MG3).

Dessa forma o programa, ou melhor, a estratégia só é implantada no Recife depois de muita luta, e com a pressão do movimento em todo o Brasil. No primeiro momento, a gestão faz parceria com o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco - IMIP para contratar esses

agentes, e logo depois cria a cooperativa, que vai gerir todos os profissionais do Saúde da Família.

> O vínculo era uma coisa extremamente complicada, porque você não tinha nenhuma legislação que permitisse, para ser funcionário público tinha que ser concursado. Para contratar, só com autorização. Então o primeiro grupo foi contratado via IMIP, repassando o dinheiro para o IMIP na forma de convênio, porque era essa a forma de se iniciar. Se você fosse ter essa preocupação, de "qual é a forma de trabalho", nunca teria sido feito, pois não existia nenhuma forma legal que permitisse (G14).

> Porque fizemos a cooperativa por sugestão do Ministério da Saúde, o Ministério Público impediu a cooperativa. Então, nós estávamos numa situação ilegal. E foi quando começou uma luta em torno da legislação. Só veio sair esse ano, mas o projeto estava lá desde minha época. Então, os ACS's começaram a pressionar pela regulamentação da profissão (PG8).

O ACS, que inicialmente tem vínculo no IMIP, e depois é contratado pela cooperativa, tem seus direitos trabalhistas pouco, ou desassistidos. Como recorda PG8:

> Então, depois do contrato com o IMIP, eles passam por um de prestação de serviços, com pagamento diretamente pela prefeitura, e só depois partem para a cooperativa, que é criada pelo mesmo grupo que criou o PACS, já incluindo médicos, enfermeiros e os gestores do PACS na época. Tereza Bezerra era a presidente da cooperativa e se passa a ter esse modelo de cooperativa, como um modelo que institucionalizava e garantia alguns direitos como INSS, e possibilidades de vir a ter garantia de férias, 13º e outros. Chamava a atenção coisas básicas, como direito da gestante, e que era gritantemente roubado, uma vez que eram dados 40 dias de licença para a gestante, para todas: ACS, auxiliares, enfermeiras e médicas(PG8).

O trabalho na sua gênese era uma prática comunitária, e começa a ser institucionalizado e realizado como Programa, e posteriormente se tornará política. Sendo assim a luta passa a ser agora pela regulamentação da profissão. G7 coloca que "*o trabalho da forma em que ele vem se desenvolvendo era trabalho para ser desempenhado exclusivamente por servidores públicos e não por militante de movimento popular na comunidade*".

Os programas que inseriram o Agente Comunitário de Saúde nas políticas públicas se ajustavam à política social do governo federal, em consonância com as exigências dos organismos internacionais no sentido da redução do papel do Estado, da focalização da

atenção para população carente e da articulação entre serviços sociais e de saúde e a comunidade.

Diante desse quadro é importante lembrar que nos anos de 1990 ocorriam mudanças na sociedade brasileira. A crise econômica e o desemprego estrutural, com a onda neoliberal imprimem no mundo do trabalho um processo de flexibilização e precarização, além de produzir políticas de cunho focalista. Esta é a intenção dos governos neoliberais, que estão em consonância com o processo de reestruturação do capitalismo e com a fragmentação dos movimentos sociais. Estes últimos são diretamente afetados, esvaziam as manifestações de rua, e modificam as bandeiras e as formas de luta social.

4.3 – ACS: A LUTA PELA REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO

4.3.1 - REMANDO CONTRA A MARÉ OU O MARE[21]

As alterações estruturais vividas no cotidiano dos trabalhadores sinalizam um processo de precarização, de perdas de direitos trabalhistas e de informalidade. Essa vem se acentuando, à medida que, as relações formalizadas de emprego, com registro na carteira de trabalho são substituídas por relações informais de compra e venda de serviços, fruto principalmente das terceirizações (AMARAL, 2002).

Segundo Mendonça (2004, p. 355) a inserção do ACS na rede do Sistema Único de Saúde é ainda percebida como uma forma complementar de responder à necessidade de criar emprego e renda para as populações excluídas da política social, independente da afirmação de seus direitos sociais.

[21] Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

O Agente Comunitário de Saúde inicialmente é um trabalhador selecionado na comunidade pelo seu papel de liderança, e que tem como função mobilizar ações sociais e de saúde. Esta prática é acompanhada pelos representantes do poder, e a diretriz de alguns gestores responsáveis por essa estratégia era de apaziguar esse papel, e fazer desse sujeito um braço do Estado na comunidade, movido pela solidariedade. No cenário de estruturação, a luta pela regulamentação do trabalho começou a dar passos importantes, e as experimentações no que concerne ao processo de institucionalização começa a se fortalecer.

> Não passava pela cabeça, na década de 90, nem de gestor, nem de movimento, nem do ACS, ser servidor público. O caráter comunitário era o que mobilizava a questão, não tinha sentido transformar o ACS em servidor público. Eu acho que a luta pelo SUS percorre todo esse processo. E o momento pós-2000 já é de um outro nível de institucionalização, que é o do direito mais regular, que implica na garantia de todos os outros direitos de ser um servidor público (PG8).

Estas questões acabaram interferindo nos processos de representação social da categoria de ACS no cenário político dos serviços de saúde, o que repercutiu nos processos políticos instituídos, na organização social e na própria estruturação do trabalho. O ACS aparece como um potente articulador e mobilizador dos interesses da comunidade, e aparentemente, (pelo menos no seu inicio), frágil na sua relação com o Estado. Isso vai mudando com o processo de recrutamento e seleção.

É importante chamar a atenção que esse processo aconteceu no governo de Fernando Henrique, um governo com forte característica neoliberal, responsável por inúmeras privatizações, e que organiza uma reforma do Estado[22] propondo o "enxugamento" da

[22] O Plano Diretor, apresentado pelo MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Aparelho do Estado -, enfoca a lógica do mercado, ou seja, "o negócio do setor público" e sua possibilidade de se inserir na economia competitiva. Apesar de o autor fazer críticas ao Estado mínimo e ao Neoliberalismo, suas propostas convergem para tais ideais, quando enfatiza que a governança seria alcançada pelas privatizações, da terceirização e da transferência de Serviços Públicos para as Organizações Sociais através da chamada publicização. Os objetivos propostos da Reforma do Aparelho do Estado estão baseados no pressuposto da teoria da Escolha Pública. (VIANA, 2004, p. 136)

máquina pública. O referido presidente tentou fazer a Reforma do Estado, e para isso criou o Ministério da Administração Federal e Reforma do Aparelho do Estado - **MARE.** Segundo MG3 houve contradição no setor saúde, para ele**:** "*a saúde no governo FHC deveria obedecer à agenda dele, que era diminuição do Estado, e Bresser Pereira que era o grande mentor. Acho que vai à contramão" (MG3).*

A investida do projeto neoliberal no setor gerou resistência que pretende expandir a atenção, a universalidade e a busca pela equidade. Para MG3 "*você vai fazendo a inclusão social e vai tentando responder a um terceiro que é a integralidade" (MG3).* Esse é um processo contraditório já que frente a um governo neoliberal, cresce uma política social universalizaste, porém nada disso acontece sem intencionalidade.

> O grupo do presidente, do PSDB, tinha claro, a continuidade do modelo neoliberal, das privatizações. E, para isso, ele tinha dois atores fortes, no cenário: o ministro da educação Paulo Renato, e o ministro da saúde José Serra. Dar conta de duas agendas, que fazem parte de outra forma de um projeto neoliberal, pois tanto a saúde como a educação, no projeto neoliberal é de diminuição do poder público, do tamanho do estado. É passar também para a iniciativa privada, os dois (MG3).

O governo encontra na saúde um cenário diferente da educação. O arcabouço do SUS, a organicidade do movimento de saúde que manteve diálogo com os parlamentares, e tem mantido articulações no Congresso para encaminhar a agenda da reforma sanitária e para a consolidação do SUS, e que isso produzia uma forte barreira para os que imprimiam investidas contra o projeto do SUS.

Ainda nesse período entidades, como CEBES e ABRASCO, que mantiveram influência por dentro e por fora do Estado, e o movimento dos gestores – CONASEMS e CONASS permanecem como organizações respeitáveis e com grande peso político. Além destas, o próprio controle social, com as conferências e os conselhos de saúde tem se fortalecido e ampliado a intervenção e a acumulação.

O governo FHC, no primeiro mandato, não teve como desfazer a proposta do Saúde da Família. Segundo defensores do SUS que estavam como técnicos nesse governo existiam também como contra peso a influência da primeira dama Ruth Cardoso, então presidente Comunidade Solidária, que defendia o Saúde da Família e o ACS. Então, esse momento é de manutenção das políticas.

> O "Comunidade Solidária", meio que teve uma carta de programa, um elenco de programas estratégicos. E nós tivemos condições conjunturais e políticas de pressionar o Comunidade Solidária, a dar um selo de prioridade aos ACS's e à Saúde da Família. E era visível que era mais os ACS's, do que as equipes de saúde da família, porque eles também liam sob o ponto de vista da perspectiva econômica: uma coisa é pagar aos ACS's, e outra coisa é pagar esse custo ampliado com as equipes do PSF (G6).

O segundo mandato de FHC tentou fortalecer algumas políticas e com isso produzir o sucessor. O Ministro da Saúde José Serra desponta como possível presidenciável. O ministério elegeu um conjunto de projetos estratégicos, "*cuja intenção era ser um ministro forte na área da saúde"*. E como a saúde não era sua área "*queria mostrar que estava além da sua capacidade de ser um bom gerente, e de ser um bom gestor na área da saúde"(*G6).

> Leu dentro da configuração de forças e de técnicos do MS, que programas seriam mais fortes e que poderiam alavancar num espaço de tempo. Então, ele leu o Saúde da Família, a AIDS, o saúde da mulher, a assistência farmacêutica básica que era um projeto que Eduardo Jorge tinha colocado no congresso, como dos genéricos, e do planejamento familiar (G6).

Pode-se compreender que o que dá sustentação ao SUS, é tanto um movimento pró-SUS forte dentro e fora das instituições, mediados por arranjos, nem sempre institucionais, como caso da Comunidade Solidária. Além de movimentos políticos de mediação de agenda eleitoral, que teve como estratégia de continuidade do governo tucano produzir um sucessor referenciado pela agenda política social, nesse caso o Serra que comandava a pauta da saúde.

4.3.2 – O que mesmo avançou?

No Brasil, a reorganização da atenção primária à saúde tornou-se agenda prioritária para ampliação do acesso da população aos serviços de saúde urbanos e para interiorização da assistência à saúde. Estudos realizados por Franco e Merhy (1999), e Silva e Dalmaso (2002a) demonstram o recrutamento na comunidade de auxiliares de saúde. Mendonça (2004) chama a atenção para o fato de que a profissionalização de uma nova atividade em saúde torna-se um fato social sempre que surgem projetos de renovação das práticas sociais. A política de saúde durante os anos 90 opta pela expansão da oferta de ações e serviços relacionados à atenção primária, ampliando o acesso para uma população carente.

> Sem dúvida, expandir a cobertura é universalizar, mas a expansão só atenderá a universalidade e a equidade se levar em conta às necessidades sociais observadas. A priorização de ações de saúde para grupos ditos vulneráveis promove uma intervenção que associa pobreza e saúde, fenômenos indissociáveis, mas de naturezas distintas. Dissolve, ainda, numa única intervenção racionalizadora, ações estigmatizadoras e focalizadas, que não consubstanciam um projeto unificado de proteção social para satisfazer exigências mínimas de renda, trabalho, acesso à saúde, educação e saneamento qualificados em sua diversidade regional e local. (MENDONÇA, 2004, p.354-5)

O programa, que se torna estratégia muda de diversos setores no MS. Antes ele era uma coordenação da FUNASA, e passa para o núcleo central do MS, indo para a Secretaria de Atenção a Saúde – SAS, na época secretaria de assistência em saúde. A prioridade dessa política se modifica, pela estratégia política do então ministro José Serra, e por iniciativa de técnicos que imprimiam dentro da administração pública alguns avanços políticos. Esses técnicos começam a defender a linha política adotada por ele.

> Serra não tem nada haver com Fernando Henrique Cardoso, por incrível que pareça. Ele é do PSDB, mas ele tem uma linha completamente diferente, a linha dele é plenamente desenvolvimentista. Ele tem muita clareza sobre a questão da saúde. Quando ele foi nomeado Ministro, ele foi ao contexto de uma agenda do Programa do SUS (G2).

O Ministério da Saúde no governo FHC/Serra segundo G6 "*disputava a orientação das políticas*", e quanto à configuração da equipe do Saúde da Família à mesma defende que "*a idéia da equipe mínima é mínima por uma baixa capacidade que tivemos de co-relações de força interna do ministério, de ampliar para todos os profissionais da saúde, sob o ponto de vista financeiro"*. A leitura estratégica do momento político promoveu a agenda da saúde, mas isso não significa uma reorientação político- ideológico do governo

A estratégia tucana de produzir Serra como sucessor de FHC levou o governo a investir na estratégia de Saúde da Família e no ACS com orçamento da união e da saúde, garantindo normas e regulamentações específicas, como o Piso da Atenção Básica - PAB e o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF. G2 esclarece que a partir do ano 2000 "*a política de expansão é claramente definida até o momento do Programa – PSF, a partir do PAB e incentivo. Você criou a possibilidade de ter o PSF como estratégia dos SUS acoplada ao PAB"*.

> Nós chamamos "programa de saúde da família", porque nós precisamos abocanhar o recurso nas áreas programadas. Porque nós não tínhamos como tirar do hospital, da alta complexidade, e nem da média complexidade. Então, a gente chamava de "programa", mas a nossa fala interna e externa, e o nosso comportamento interno e externo, era de "estratégia"(G6).

O Encontro de Capitais no Rio de Janeiro, em 2000, teve por objetivo discutir a questão do PSF nos grandes centros urbanos devido as suas especificidades, como: violência; saúde mental; as iniqüidades externas; a existência de uma grande rede de atenção. G2 aponta que essa é uma estratégia para tentar "*converter essa rede, e a idéia de conversão de rede passou a ser discutida massivamente"*. Isso gerou o Programa de Apoio e Fortalecimento do PSF.

Além disso, o governo firmou parceria com o Banco Mundial para alavancar as equipes nos municípios acima de 100 mil habitantes. Foi negociado um programa de

financiamento, com o intuito de expandir os PSF nos grandes centros urbanos. Essa parceria continua até hoje no governo Lula. É segundo G2, "*a primeira vez que o Banco Mundial financiava via campo de trabalho. Você fazia um plano de aplicação e aquele recurso era passado fundo a fundo".*

> (...) a área da Saúde é uma estratégia do Banco Mundial em todo mundo não só na América Latina. Vai naquela linha de combate à pobreza, ele combate as iniqüidades, o Banco Mundial dá suporte às reformas. Eles consideram a reforma que temos desenvolvido que não é a reforma. (...) O PSF no Brasil é considerado interessante, justamente por incorporar os Agentes Comunitários. Por incorporar essas ações de prevenções e promoção da Saúde em nível de comunidades (G2).

G2 coloca que a UNESCO tinha um "*projeto com mais de 50 milhões para dar suporte técnico ao departamento, para a contratação de consultor de avaliação"*. Há uma ampliação de recurso para essas atividades, como também, para infra-estrutura e equipamentos, que segundo G2 "*era recurso no montante de 400 milhões de dólares, sendo 200 milhões do tesouro, e 200 milhões do Banco Mundial".*

Os sujeitos e as instituições que defendem e constroem essa política, também o faziam por motivações distintas. Se para alguns, essa é uma política estruturante para potencializar a universalização da saúde, para outros, é uma "cesta básica", uma política de pobre para pobre, cuja estratégia é ofertar mínimos sociais e dispor a iniciativa privada o conjunto das ofertas de bens de saúde. Essa é a forma velada da construção da agenda neoliberal.

Parece inverídico fazer tais afirmativas, diante de um governo que ampliou a política do Saúde da Família, e que no segundo governo FHC emitiu tantas portarias e estratégias de condução dessa com a rede de especialidades, além de ter conseguido uma parceria com o capital internacional. Mas é importante pontuar que em momentos de manutenção da ordem política, que significava continuar na direção do governo federal, concessões são feitas.

Considerando-se que contexto de análise é um processo histórico, dialético e com movimentos instituintes e instituídos, faz-se oportuno tomar, também, como analisador o

processo de institucionalização legal do reconhecimento da profissionalização do Agente Comunitário de Saúde. Nesse sentido, ao surgir um novo ator social no contexto de trabalho do SUS, ligado ao território-processo, mais próximo ao cenário em que vive a população, também é possível analisar a produção de movimentos que pretendam a permanência da situação e não a sua transformação.

Alguns passos oficiais indicam um avanço na trajetória da regulação da atividade profissional do ACS, conferindo-lhe o estatuto de uma nova profissão. O decreto Federal no 3189/99 fixa as diretrizes para o exercício de atividades do ACS. Em 2002 as discussões sobre a vinculação institucional[23] faz com que o Governo Federal através da lei 10.507 crie a profissão de ACS, explicitando que o SUS é o âmbito de atuação deste profissional e estabelece novos requisitos mínimos para o exercício da profissão, contudo, não regulamenta a formação profissional, além de deixar em aberto à questão do vínculo institucional e da remuneração.

Esta categoria de trabalhadores, ainda com pouca visibilidade, surge, ou pelo menos se institucionaliza, no contexto de flexibilização e de reforma do Estado no Brasil. Estudo realizado por Castro *et al* (2004, p.2) constata que "atuação dos agentes comunitários de saúde, em vários municípios do país conferiu-lhes respeito e legitimação da população, porém não lhes deu a condição de serem institucionalizados com direitos trabalhistas garantidos". Para Siqueira e Souza Filho (1997), tanto a legitimação como a institucionalização são alvos centrais nesse jogo.

[23] Adota-se o conceito que abrange a dimensão jurídica da relação de trabalho (CLT, estatutário) e a dimensão institucional (relação com associações).

4.3.3 - OS MOVIMENTOS DE REGULAMENTAÇÃO DO VINCULO DO ACS EM RECIFE

> Ou a gente ia estudar para poder lutar numa luta justa, ou a gente ia perder o emprego!M1

Em relação às condições trabalhistas, o ACS surge como fruto de uma conjuntura geral de desregulamentação das condições sociais de trabalho que marca a década de 90. Ao contrário de outros grupos de trabalhadores, não aconteceu de perderem benefícios e direitos já que a categoria não existia previamente. Mas, ao surgirem como fruto de uma política social defrontaram-se com muitos entraves no acesso à tradição brasileira desses direitos e benefícios (NOGUEIRA, 2000).

O ACS nasce desprotegido em relação às garantias legais do trabalho, e os gestores do SUS, mesmo quando consideram relevante e justo que tais garantias lhes sejam concedidas, têm sérias dificuldades em institucionalizá-las (NOGUEIRA et al, 2000). Os vínculos empregatícios estão distribuídos entre as modalidades de contrato temporário, prestação de serviços, contratação comissionada, bolsa de trabalho, até a situação de maior vulnerabilidade, que são os incluídos na condição de sem contrato, o que significa dizer, contrato verbal. (CASTRO, 2006, p.13)

No final da década de 90 o Ministério da Saúde orientou os municípios a contratarem os Agentes Comunitários de Saúde por meio de parcerias, através das cooperativas. A opção por essa forma era justificada por conta do vínculo comunitário, e segundo G1 porque "*é um programa, não era uma política de governo, uma política de Estado"*. Então, os municípios e suas representações acreditavam que "*a qualquer momento os incentivos que os municípios recebiam para a execução desse programa poderia ser interrompido, porque não era uma política definitiva"*. Sendo assim, o vínculo indireto tornou-se a forma de contratação desse trabalhador.

Essa modalidade de vinculação, por sua vez, deixava o trabalhador desprotegido, o que apontava para um "descaso" da gestão, já que "*pelo regime previdenciário autônomo (o trabalhador) já tinha esse direito*" (PG8). Sobre esse contexto, há o seguinte depoimento:

> Eu entrei em 1996, e lembro que, pouco tempo depois que entrei, uma das colegas teve um nenê. Ela mora no alto do carroceiro, e a ladeira dela é duas vezes maior do que essa que você viu aqui agora. Teve o primeiro filho por cesariana, e com 15 dias ela foi obrigada a voltar a trabalhar; descer essa ladeira para ir à unidade, que na época era um posto, um centro de saúde. Não tinha ainda o PSF, éramos do PACS. Eu vi muitas vezes, Fátima chorar de dor, o peito muito cheio de leite, e o filho em casa, com 15 dias (M1).
>
> Quer dizer, é uma coisa que eu questionava muito: como é que eu vou à casa de um paciente, de uma mãe, dizer que ela tem que amamentar o filho dela por 6 meses só no peito, se eu for mãe hoje, eu não tenho esse direito. Então, a gente não tinha direito a nada. Muitas obrigações e nada de direito(M1)!

Isso acontece no governo municipal de Roberto Magalhães (1997 – 2001), que manteve as estratégias anteriormente implantadas na saúde, sem ampliá-las e em situação de fragilidade. A cooperativa do Saúde da Família sofre denúncias de irregularidades, mas essa parceria continua sendo o mecanismo de contratação dos trabalhadores do PACS e do PSF.

O Ministério Público do Trabalho pressiona a gestão pública para mudar a forma de contratação dessas pessoas. E ao assumir a prefeitura no pleito de 2001 a 2004, João Paulo, do Partido dos Trabalhadores, coloca na agenda política essa questão, e tão logo a gestão encontrou possível solução, a cooperativa foi extinta. Para PG8 *o marco da cooperativa foi fundamental e por mais que se critique, naquele momento, ele foi um instrumento de institucionalização*.

> Na época, para você ter uma idéia, eu devo ter passado uns quatro anos pela cooperativa. E esses quatro anos de INSS eu perdi, porque a cooperativa não pagava. Ela recolhia, mas não repassava. Muitas das colegas que não quiseram perder, e tinham algumas já com idade avançada na época que eu entrei, elas pagavam por conta própria. Além das cooperativas descontarem do salário delas, elas iam lá e pagavam, para não perderem, e para poder se aposentarem quando chegasse à época(M1).
>
> Então, a gente toma posse na prefeitura do Recife em 01 de janeiro de 2001, e no dia 09 de janeiro a gente é chamada pelo Ministério Público do Trabalho para assinar um termo de ajuste de conduta, com o fim da cooperativa. Esse fim da cooperativa já

> vinha sendo discutido com uma ação judicial implantada por um grupo de agentes de endemias e pelo sindicato que começava a se organizar. O procurador já coloca toda a ilegalidade do processo de organização através da cooperativa(PG8).

Em março do referido ano, a Prefeitura de Recife assinou então um **Termo de Ajuste de Conduta** com o **Ministério Público do Trabalho**. Em abril desse mesmo ano, a nova forma de contratação do ACS é o contrato temporário, "*embora a gente soubesse que quando completassem os dois anos, vinha um novo contrato*" (M1). E os ACS assinam o contrato temporário com a prefeitura.

A prefeitura começou a fazer os contratos temporários segundo PG8 "*sem muito embasamento legal*". O encontro do CONASEMS foi um marco importante para os gestores do Recife, já que nessa oportunidade um auditor do tribunal de contas apresenta um parecer afirmando que o contrato temporário é a melhor forma de garantir a contratação dos ACS, "*e que o mesmo poderia ser prorrogado enquanto durasse o programa, a partir de uma lei municipal* (PG8)". A lei que regulamenta o contrato temporário só prevê sua renovação por mais dois anos, mas se fez uma interpretação da lei, e seguindo a orientação do tribunal de contas esse poderia ser renovado enquanto vigorasse o programa.

> Daí, a gente começa a trabalhar nessa lei municipal, e a secretaria de assuntos jurídicos, por sua vez, começa a trabalhar numa outra lei, que define e especificam os direitos trabalhistas do contrato temporário, inclusive garantindo a licença-paternidade, licença para luto, para casamento, e uma série de outras. Até chegarmos ao processo mais recente de institucionalização(PG8).

As relações de trabalho adotadas no programa somam elementos de avanço na prestação de serviços públicos, e recuo na manutenção de direitos trabalhistas marcadas pela precariedade dos contratos e vínculos. Por conseguinte o ACS passa a estar a serviço do Estado e em condições de trabalho similares às dos funcionários públicos, sem, inicialmente, fazer jus ao conjunto de direitos que a condição de servidor implica. A inserção do Agente é precária, informal e com baixa remuneração. Sua atividade permanente ao longo dos anos e a

incorporação a outros programas, como o PSF, abre o debate sobre sua vinculação institucional, ou sobre a forma mais adequada de relação de trabalho para dar mais sustentabilidade ao uso desse recurso humano (NOGUEIRA et al, 2000).

Além dessas mudanças, outras também aconteceram no processo de trabalho desse sujeito. Em 2001, na medida em que implantam o PSF nas áreas de PACS, as modificações no processo de trabalho do ACS incluem a atribuição de realizar a marcação de consultas.

> O ACS vira um marcador de consulta, e passa a não fazer mais absolutamente nada, ou quase nada, de procedimento domiciliar, de visita, e o trabalho comunitário em muitas ocasiões também pára(PG8).

Vale notar que as expectativas depositadas em torno da participação dos ACS inscrevem-se em um verdadeiro "fogo cruzado", onde demandas às vezes paradoxais se superpõem. Assim, enquanto a comunidade o inscreve em uma demanda de tipo predominantemente pessoal, a equipe de saúde espera do mesmo uma prática mais técnica e pedagógica. Os ACS, por sua vez, somam a expectativa de uma competência técnica a valores e conhecimentos que estão arraigados à sua cultura, e que entram em choque com aquela primeira, os quais algumas vezes nem eles próprios se sentem capazes de modificar em si mesmos. Observou-se que a posição do ACS é tanto mais difícil, porque é híbrida e de mediação.

> Então, eu acho que o nosso papel é de não só facilitar a vida das pessoas dessa comunidade, que já são tão sofridas; mas de também sermos um elo entre a comunidade e a vida lá fora, das pessoas que vêm fazer o trabalho (a equipe)(M1).

> Faz doze anos que eu sou ACS, e tem dias que eu olho e digo “pelo amor de Deus, eu tenho que estudar e fazer outra coisa, porque não é fácil”; a comunidade ao mesmo tempo em que é muito carente e muito fácil da gente trabalhar, ela também pode ser muito cruel. Às vezes você está tentando ajudar e as danadas das pessoas botam pra lascar e não querem nem saber! É uma faca de dois gumes, mas a gente vai vivendo e vai fazendo o que dá(M1).

Nogueira *et al* (2000, p.10-1) assinala que o ACS ao desempenhar a função de elo entre os serviços de saúde prestados pelo Estado e a comunidade produz dois tipos de interpretação:

> A **utilitarista** que aceita que os trabalhos de promoção comunitária e de bem-estar realizados pelo ACS são partes essenciais das obrigações devidas por um Estado contemporâneo a seus cidadãos. [...] portanto, o ACS seria uma espécie de recurso humano "simplificado" e "tecnologicamente adequado"[...]; e a **solidarista** [...] afirma que o ACS atua na qualidade de um mediador entre o Estado e a comunidade, não sendo um trabalhador a serviço exclusivo de nenhum dos dois. O ACS encontra-se na contingência de ter de lidar com uma missão que tem um duplo objetivo: facilitar acesso a direitos sociais e ajudar no cumprimento de certos deveres de solidariedade por parte da própria comunidade...

Nogueira et al (2000) identificam no trabalho do agente, "a dimensão tecnológica e a dimensão solidária e social, as quais consideram que têm, sempre, potenciais de conflitos". Essas dimensões expressam, possivelmente, os pólos político e técnico do Programa. Este é o dilema permanente do agente: a dimensão social convivendo com a dimensão técnica assistencial. Ao incorporar essas duas facetas em suas formulações, o conflito aparece principalmente na dinâmica da prática cotidiana.

> A inclusão do ACS no PSF representa também, segundo vários relatos, um aumento significativo de trabalho e de responsabilidade, sem que isso seja acompanhado de aumento salarial correspondente. A posição do ACS no interior da equipe de saúde da família revela-se ainda mais crítica quando se compara o seu salário com o de outros membros da equipe [...] Esse sentimento de desvalorização do trabalho do ACS (que é compartilhado inclusive pelos outros profissionais da equipe) torna-se particularmente evidente [...]. (NUNES, 2002, p.164)

Ao se tornar uma política com grande visibilidade, algumas instituições como a corporação de enfermagem, modificam seu discurso que inicialmente é contra a criação dessa função e depois se torna muito interessada, inclusive propondo que a mesma componha o

corpo de técnicos da enfermagem. G2 lembra o movimento feito pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN.

> A questão das habilidades, todo o enfrentamento que tinha com a corporação de enfermagem, do espaço, do papel do Agente, havia no primeiro momento uma luta latente e de se bloquear as ações do Agente Comunitário. Em São Paulo o COREN tentou bloquear isso na justiça.(G2).

Outras instituições que inicialmente, não apostaram nesse novo trabalhador eram as "*instituições de ensino superior, principalmente as universidades públicas brasileiras, que assistiram, pagaram pra ver"!* (G6). Mas que também foram modificando seu discurso e inserindo de forma ainda tímida disciplinas que trabalhem nessa perspectiva.

O cenário da institucionalização desse ator foi se modificando, tanto pela ampliação de aliados, como pelo fortalecimento dele. É importante lembrar que este é um período em que a sociedade está sofrendo com o desemprego estrutural, e que os trabalhadores precisam manter uma base de organização. Há nesse processo uma aproximação com o movimento sindical, o que provoca mudanças no arranjo dos movimentos e na pauta política do ACS.

O Ministério da Saúde fez então uma parceria com a **Central Única dos Trabalhadores - CUT** para promover cursos de alfabetização para os Agentes de Saúde. M1 lembra que "*o pessoal do sindicato e da confederação dizia: minha gente vai estudar! E aí, correu todo mundo e foi estudar! Hoje, a grande maioria tem o segundo grau completo.* Esse foi um momento propício para a aproximação desses trabalhadores na discussão sindical, e até mesmo para a organização de um na categoria.

Nessa época começou uma aproximação do movimento sindical com os ACS a partir do FORMASUS, que é um projeto da CUT nacional para Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS que se propõe a fazer o primeiro e o segundo grau para os ACS num formato metodológico diferenciado, a partir de discussões do trabalho, com o método Paulo Freire. A Associação dos ACS resiste a encaixar o Recife no FORMASUS, argumentando que aqui tinha o TELECURSO 2000. Isso, acredita PG8, faz

com que *se aprofundem as diferenças, e faz com que o SINDSPREV invista na identificação de ACS no Recife, para poder implantar o FORMASUS no primeiro momento*. Nesse momento começou a se esboçar um sindicato para a categoria que nasce na compreensão de PG8 "*com uma rixa em termos de sectarismo mesmo, porque não levava em conta a história"*. Essa divergência entre associação/confederação e sindicato se mantém até hoje.

Esse é um cenário de grande resistência, com acúmulo na luta política, com ganhos de aparelho do Estado, mas com frágil articulação entre a própria categoria. Dessa forma é um projeto forjado na contradição política da época. Apesar de tantas investidas, de recuos e derrotas, a aposta dos movimentos sociais que busca a extinção das classes sociais é renovada com a vitória do governo LULA.

4.4 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DO ACS

4.4.1 - CAMINHANDO PARA A REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO

Re-configurações no sistema ocupacional e nas relações de trabalho são produtoras de novos formatos de contratação e de regimes de trabalho. Diante disso, apresenta-se um cenário de instabilidade e de mutações, resultante de um novo modelo de organização econômica, alicerçado sob bases flexíveis de funcionamento. Nesse bojo, tem forte relevância um tema, que vem se tornando alvo de preocupações por parte de estudiosos e governantes: a crescente precarização do trabalho. Por *trabalho precarizado*, podemos entender:

> A condição ocupacional exercida sem o devido amparo das normas legais e que não garante estabilidade, benefícios e segurança ao trabalhador. Mas o tema requer atenção, pois nem todo vínculo formal, regido pelas leis do trabalho, está isento da precarização – o trabalho precário não é sinônimo de trabalho informal. Nossa referência primordial para pensar o tema, no presente estudo, será a ausência de estabilidade e segurança, o que torna vulnerável a condição do trabalho (CASTRO et all, 2006).

A precarização das condições de trabalho tem sido uma característica dos mercados de trabalho no Brasil que atravessa as esferas privada e pública, no que diz respeito à produção de bens ou mesmo à prestação de serviços sociais fundamentais, como a saúde. A precarização, segundo Castro (2006):

> Pode ser observada sob diversas formas, compondo realidades de trabalho bastante heterogêneas, seja nos vínculos temporários, nas contratações terceirizadas, no trabalho não-assalariado, nas contratações de trabalho informais, na subcontratação, nos trabalhos em tempo parcial, nos contratos que prevêem pagamento por produção, seja nos vínculos gerados através de cooperativas, entre muitos outros, quase sempre desprovidos dos direitos trabalhistas previstos por lei, que incluem férias anuais remuneradas, décimo terceiro salário, aposentadoria, licenças remuneradas e outros (CASTRO et all, 2006).

A partir de 2003, o **Ministério da Saúde** começou a promover de forma sistemática debates sobre a **desprecarização do trabalho**. Esse encaminhamento ocorreu concomitante com o posicionamento do **Ministério Público do Trabalho** sobre as questões trabalhistas da Estratégia da Saúde da Família. Para o Ministério Público do Trabalho, segundo G3, "*o ACS é atividade finalista, e atividade essencial pressupõe personalidade no empenho, pressupõe carga horária semanal e subordinação, e, portanto, tem todos os itens à inserção, e a celebração pelo concurso público"*.

> O Ministério Público a partir da eleição do primeiro mandato do presidente, Lula, chama para si a responsabilidade de buscar impor institucionalmente, o respeito à lei no que se refere à inserção de profissionais de serviços públicos de saúde, através de concurso público(G7).
>
> O Ministério Público do Trabalho teve um papel importante, apesar do legalismo deles. O CONASEMS e o COSEMS eu acho que têm muito medo da institucionalização, pois eles são os grandes arcadores dos ônus, tanto pela questão do custo trabalhista, como, muito mais até, pela dificuldade de gestão(PG8).

Sobre tal questão, G1 analisou que a discussão sobre o concurso tinha como questionamento central a necessidade de não quebrar o vínculo comunitário, principalmente para o ACS. E lembra que aconteceu "*uma série de discussão entre os gestores das três*

esferas de governo, pra que pudessem encontrar saídas para solucionar isso, e sem descaracterizar o programa". Como encaminhamento desse espaço se fortaleceu uma estratégia, que inclusive já vinha sendo articulada pelo movimento dos ACS no Congresso Nacional, que é a elaboração de uma emenda constitucional, até então sem sucesso.

O legislativo articulado pelo movimento dos ACS vinha desenhando propostas legais e encontrou na figura do deputado petista **Mauricio Rands** um aliando. G7 coloca que Rands "*com o desejo de representar os Agentes Comunitários aqui de Pernambuco*, *assume esse desafio no seu primeiro mandato"*. E apresentou uma proposta de emenda constitucional, a PEC 07 de 2003*,* que defende uma seleção especifica, condiciona a inscrição das pessoas ao território onde elas residem.

> Quando fui eleito deputado federal em 2003, eu fui instado pelos ACS's através das suas entidades, por outros sindicatos também, por lideranças e por gestores públicos, a apresentar uma mudança constitucional que eliminasse o risco da precarização. Foi quando formulei a PEC-07, que permitia a modalidade de recrutamento dos agentes pelo processo seletivo público(L4R).

Essa proposta de Emenda Constitucional seguiu seu curso normalmente, e passou então, a partir da mobilização dos Agentes a ganhar maior adesão do governo federal, que esteve nesse momento estruturando uma agenda prioritária para a gestão do trabalho, e que tinha como objetivo enfrentar o problema da precarização do trabalho no SUS.

A luta pelo reconhecimento da profissão do ACS teve uma primeira lei, patrocinada, como lembra L4R, por deputados como **Sérgio Arouca, Paulo Rocha, Walter Pinheiro, Humberto Costa, Eduardo Jorge**. Esses foram os primeiros Deputados que participaram da luta pelo reconhecimento da profissão. A alternativa apresentada pelo deputado Maurício Rands propôs a modificação no texto da Constituição da República para um problema específico, o recrutamento de um trabalhador que precisa ter vínculo comunitário, e que para isso, acabaria quebrando o princípio da universalidade dos processos seletivos públicos. Essa

emenda, como relata G7, ajudou a "*ganhar força dentro do próprio poder legislativo independente da questão partidária de parlamentares"*.

> O Congresso Nacional percebeu que na verdade, esse não era um problema específico dos ACS's. Ele é essencial ao PSF, portanto à saúde pública do povo brasileiro. Aquela era a solução para romper com a precarização do recrutamento dos ACS's. Então, graças ao apoio do ministro e do presidente da república, nós convencemos todos os líderes. A minha PEC teve o apoio de todos esses deputados que já vinham na luta dos ACS's, e de outros que se incorporaram à nossa mobilização, e ela foi aprovada, sobretudo, graças à mobilização dos próprios ACS's(L4R).

Para L4R, a Emenda Constitucional se justificava pela necessidade de se acabar com a "*contradição entre a consolidação do SUS e a precarização da relação de trabalho dos ACS"*. Essa precarização passou a ser combatida pelo Ministério Público do Trabalho, que passou a ajuizar ações públicas e a pressionar as Prefeituras para que elas deixassem de ter relações precárias, que eram as contratações por autônomos, por recibos, por cooperativas, por diversas modalidades. Todas elas com um distintivo comum: a precarização e a informalidade. Além disso, muitas dessas contratações se davam por contratos temporários, que segundo a legislação vigente só podem ser renovados uma única vez. E como as Prefeituras precisam renovar mais de uma vez, segundo L4R, *caíram no ataque do formalismo do ministério público. Então o programa estava em ameaça*.

Castro (et all, 2006) analisa que nos últimos anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) adotou diversas modalidades de contrato. De acordo com o *Relatório do Seminário Nacional sobre política de desprecarização das relações de trabalho no SUS* (2006), a diversidade de vínculos inclui "cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços, etc." No setor, chega a cerca de 40% da força de trabalho o número de pessoas em condições de precarização.

Além dessas questões, outras também repercutiam direta e indiretamente no processo de vinculação do Agente, como o de buscar produzir um recrutamento/seleção que não perdesse a referência e o vínculo comunitário. Nesse contexto, se discutia quem era o

empregador e quem era que determinava se esse seria ou não Agente de Saúde. Sobre tais questionamentos, G3 explicou que *no passado quem denominaria, designaria esse profissional de saúde, esse Agente de Saúde seria a comunidade.* Atualmente, o processo seletivo público que vai dar legitimidade e reconhecimento dos vínculos. Em 1989, no trabalho intitulado "O Agente Comunitário de Saúde pública: a proposta de Manguinhos" se analisava na seguinte questão:

> É importante frisar aqui que o fato de ser uma proposta situada dentro de um *serviço público* define, a nosso ver, oportunidades e limites específicos. O uso destes recursos públicos tanto imprime o dever de contribuir à melhoria da situação de saúde em primeiro lugar, como facilita o apoio dos serviços regulares, fator essencial ao êxito do trabalho. (GIFFIN, SHIRAIWA, 1989)

O ACS pode ser visto segundo Nogueira *et al* (2000, p.26) "como um trabalhador genérico de identidade comunitária, que realiza tarefas não restritas ao campo da saúde, ao contrário do que ocorre com outros trabalhadores do SUS". Teve como perfil de recrutamento a sua capacidade de liderança e uma história de iniciativas como cuidados da sua comunidade, "na linha da ajuda solidária intra-comunitária, exigência de seu processo de recrutamento, seleção e avaliação contínua".

Alguns gestores defendiam que não seria necessário tornar os ACS funcionários públicos, uma vez que, na compreensão deles a garantia dos direitos trabalhistas não o condiciona a ser servidor. Já para a representação sindical ser funcionário público "*é um trabalho como outro qualquer, a única diferença é que eu vou ter estabilidade no meu emprego, mais segurança no trabalho* (M4)". Para G2 e PG8 esse é um assunto mais complexo, uma vez que, coloca em questão o papel, as atribuições, e a própria essência do elo comunitário.

> Eu não necessariamente tinha que transformar os Agentes em funcionários públicos. Eu não partilho dessa idéia. Eu estou convencido do contrário. Não sou contra

> funcionário público, mas considerando que o que faz o Agente é diferente de qualquer outro tipo de atividade feito na ordem pública, e que ele nem é Estado completamente nem é completamente comunidade, ele transita nessas duas dimensões. A situação só Estado burocratiza o trabalho do Agente. O Agente deixa de ter como referencia fundamental sua comunidade e sim como referencia seu chefe(G2).
>
> Eu acho que ele deixa de ser comunitário, e ele passa a ser um profissional de saúde. Acho que efetivamente ele pode manter um lado comunitário como cidadão, como eu estou fazendo o meu trabalho do projeto de extensão, na vida política. Mas eu vejo pela concepção de Estado que eu tenho, de que não cabe ao Estado estar fazendo o papel de organização comunitária. Então, não pode mais caber ao ACS organizar uma associação de moradores, um movimento de bairro, uma luta pela posse da terra, pela água, na função de ACS. Ele pode até fazer isso, se ele como cidadão entender que pode. Agora, o Estado também não pode cobrar esse papel dele, porque para mim é contraditório com o papel do Estado.(PG8).

Concordando com PG8 e com Giffin e Shiraiwa (1989), citado abaixo, pondera-se que o trabalhador não se torna a instituição por ter nele seu vínculo. Certamente, o Estado influencia o trabalho, mas não o determina. E em condições de luta social é a partir do trabalho, vinculado ou não ao Estado, que se imprimem processos de contra-hegemonia.

> No nosso entender, não cabe ao setor público propor que o agente de saúde tenha, como parte da sua função remunerada, um papel definido como membro da organização comunitária, onde esta organização é essencialmente política e pretende ser representativa (o caso das Associações de Moradores). Embora o trabalho com grupos de mulheres seja um estímulo e uma preparação para atividades políticas, a decisão de conquistar este nível de atuação é considerada uma opção individual e voluntária de cada uma, como moradora daquela comunidade. Cabe, sim, ao setor de saúde como um todo, abrir espaços para a participação da comunidade organizada no planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde, através dos GEL, CLIS, etc. (GIFFIN, SHIRAIWA, 1989)

O tema Precarização do Emprego exige algumas conexões que envolvem as relações de trabalho e poder. Uma delas é o contexto em que se reproduzem as relações sociais específicas no âmbito das práticas de trabalho. Essas relações, que embora se expressem algumas vezes como relações econômicas, ganham especificidades pela forma como se constroem e se reproduzem por meio de elementos políticos e ideológicos (SIQUEIRA, 1997). Torna-se importante a identificação de alguns aspectos que estão para além do mundo do trabalho, embora seja nesse mundo que residam as determinações fundamentais. Assim

sendo, faz-se necessário incorporar, na discussão, outros determinantes, como aqueles oriundos do âmbito político institucional e aqueles que se situam em outras esferas: determinantes culturais, padrões de organização e associativismo, por exemplo.

Tem se tornado fundamental criar iniciativas e soluções para enfrentar o problema da precarização do trabalho, e avaliar como os trabalhadores, de diferentes categorias ocupacionais, comprometidos com a prestação de serviços à população, têm desempenhado suas funções, expostos a uma subcondição de exercício da profissão, à instabilidade, à insegurança e à vulnerabilidade. Nessa perspectiva, este estudo teve pretende analisar, no caso do ACS, como esse problema, que é de natureza complexa, precisa ser enfrentado e superado. (CASTRO, 2003)

A posição do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), aliado ao Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), segundo representante do Ministério da Saúde (MS), G3, traz uma série de argumentos para a não efetivação dos ACS como funcionários públicos, um deles é dado pelo impedimento da Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF.

De acordo com o CONASEMS (2006), desprecarizar significa "garantir os direitos sociais e previdenciários para todos os trabalhadores – nas formas direta ou indireta – além de democratizar as relações de trabalho". Castro (2006) diz que o enfrentamento da problemática esbarra em obstáculos de caráter macro-social, e que:

> Limite orçamentário /financeiro e legal dos municípios, uma vez que a regularização dos vínculos de trabalho precarizados pressupõe gastos com a contratação legal, a concessão de direitos, o que causa necessariamente o incremento dos gastos com pessoal. Um segundo problema, comumente apontado nos debates, é a ausência de comprometimento de outras esferas de governo com a questão. De tal forma, alega-se que a responsabilidade tem recaído somente sobre os municípios. Este problema relaciona-se diretamente com o processo de descentralização das políticas públicas, em curso, desde fins da década de 1980. (CONASEMS, 2006)

Trazendo a questão anteriormente levantada sobre o LRF, o CONASEMS defende que se os gestores municipais teriam que passar a contratar esses profissionais, que até então estavam contratados pela parceira, através de contratação direta pela administração pública, o que iria incidir na Lei. E para eles os representantes do CONASEMS essa situação poderia gerar um grave problema na política "*nós vamos ter um problema sério que os municípios não vão contratar"* (G1). E coloca que a LRF tem sido um entrave para contratação direta das equipes de Saúde da Família.

> Outro grande desafio é a questão da lei de responsabilidade. O que fazer desse limite constitucional, porque na verdade a lei de responsabilidade fiscal, ela é um paradoxo, ao mesmo tempo em que você tem uma constituição federal que diz que o SUS é um direito de todos e um dever de estado, ele limita o dever, o estado de contratar pessoas para dar conta da execução dessas políticas. Então eu apontaria isso como os grandes desafios que a gente tem pela frente(G1).

O outro argumento para a não contratação direta, pelos gestores, é que a profissão do Agente Comunitário de Saúde é finita. G3 diz que essas representações acreditam que:

> Vai chegar um momento de maturidade dessas comunidades e das equipes que dispensarão e sairão dos modos de saúde da família. Não só o ACS, mas as famílias também conhecedoras, enfim, passaram a buscar esse relacionamento como toda equipe com toda comunidade, portanto, **o ACS datado para se encerrar**(G3).

Esse certamente é um assunto que permeará nos próximos anos a discussão do trabalho em saúde, e apesar dessa prática ter se tornado estruturante para a política de saúde ainda é um debate em aberto.

Quanto à solução encontrada legalmente para a questão do processo seletivo, a opção do vínculo direto não foi consenso. Entidades representativas dos gestores públicos discordaram do encaminhamento dado, mas essa resistência não teve força para impedir ou modificar a emenda.

> O CONASEMS na época tentou contribuir com esse debate no congresso nacional, mas, a emenda constitucional, ela foi votada do dia pra noite. E não houve tempo

> hábil para que o CONASEMS apresentasse. Inclusive o CONASEMS chegou a fazer uma proposta de destaque, fazendo uma emenda alterando a emenda constitucional 51, para que ele pudesse também refletir a situação dos municípios hoje. O destaque tanto dizia respeito à questão que é importante acabar com precarização do trabalho. O CONASEMS sempre defendeu, e que estão em todos os documentos, que os gestores, sejam municipais, estadual e federal tem que garantir todos os direitos trabalhistas e previdenciários de todos os trabalhadores. **Por outro lado eles entendem que há necessidade da continuidade das parcerias**(G1).
>
> Tinham setores dos secretários, que se antepunham. Até recentemente mesmo, com a PEC já aprovada, que se converteu na lei 11.350. Teve também essa oposição velada de alguns setores do CONASEMS, mas prevaleceu essa posição que foi dos ACS's e da sociedade(L4R).

Nesse sentido, o CONASEMS defendeu que o vínculo do ACS não fosse direto, e propôs a continuidade das formas de contratação anteriormente pactuada. Diante dessa divergência, a estratégia de contratação indireta é mantida nesse atual governo que é a celebração de termos e contratos de parcerias com OS, OSCIP e cooperativas. E para isso, os gestores defendem a manutenção da intermediação na contratação.

> A assessoria jurídica do CONASEMS, que trabalha um pouco essa questão de **diferenciação do que é parceria e o que é terceirização**. **Terceirização é** uma coisa muito diferente de parceria, é quando você contrata uma determinada empresa, faz um contrato com uma ONG, OSCIP ou com uma fundação para que ela contrate a força de trabalho em saúde. Então isso caracteriza terceirização. E segundo a nossa assessoria jurídica, isso é ilegal. Você delegar contratação a uma outra empresa que não seja parceira de um determinado projeto. Parceria por outro lado, **parceria significa** o município, o gestor municipal, ou o gestor estadual, em fim, estabelecer uma parceria com uma ONG, uma OSCIP, ou uma fundação, estabelecendo uma parceria com base num projeto de gestão com metas, resultados, com controle social, porque você faz a parceria com base no SUS, ela tem que está dentro dos princípios do SUS, tem que respeitar as diretrizes do SUS. Ela tem que contratar alguns profissionais pra dar conta da execução desse projeto, então à contratação não é a simples contratação da força de trabalho, mas pra executar um projeto(G1).

Situação ainda mais grave é que, na ausência de servidores públicos efetivos nos locais de trabalho. Esses prestadores de serviços passam a ser responsáveis não só pelas atividades assistenciais, como também pela própria gerência das Unidades de Saúde, sob contrato de gestão com o gestor público, como ocorre com algumas cooperativas, OSCIP e OS.

> Ao longo da segunda metade dos anos 90, a vertente de estudo da força de trabalho em saúde teve que se confrontar com nova realidade social, marcada pela crescente informalidade do trabalho. O SUS seguiu a tendência geral à desregulamentação do trabalho, ocorrida desde então na economia brasileira e que se caracteriza por

> suG1rair aos trabalhadores alguns dos seus direitos, conquistados nos campos da seguridade social e da legislação trabalhista. A informalização ou precarização das relações de trabalho acompanhou a adoção de arranjos flexíveis de gestão na administração descentralizada, municipal e estadual. Paralelamente, foram introduzidas novas modalidades de gestão flexível, terceirizada e em parceria com instituições não-lucrativas, por efeito direto ou indireto da reforma administrativa do Estado, ou impostas devido aos rigorosos controles fiscais. As cooperativas de trabalho proliferaram, estabelecendo contratos com os gestores do SUS em condições que preservam a condição de autonomia dos médicos, mas com o preço da informalidade, ou seja, da desproteção social, que é pago sobretudo pelos trabalhadores de menor nível de qualificação. (NOGUEIRA, 2002)

O setor saúde não está à margem das transformações do mundo do trabalho. As pressões advindas do aumento dos investimentos na saúde têm propiciado um campo fértil para a terceirização no setor. A tendência atual de terceirização da contratação do trabalho na saúde vai além dos serviços gerais de limpeza, vigilância, alimentação, manutenção, e atinge, também, os serviços profissionais e técnicos de saúde. A terceirização, entendida como intermediária e interveniente é, portanto, inseparável da idéia de parceria. Esse é mais um tema que precisa ser melhor estudado em trabalhos futuros. A terceirização segundo Cherchglia (1999):

> A terceirização é uma forma especial de privatização onde organizações públicas, sob a égide de provisão pública, realizam a transferência contratual e parcial da responsabilidade pela produção de alguns de seus serviços, a empresas privadas. No entanto, a Administração Pública está adstrita ao princípio da legalidade (art. 37 da Constituição), só podendo fazer aquilo que a lei determina e não aquilo que a lei não proíbe. Assim, as formas de terceirização na Administração Pública deverão estar respaldadas na lei, sob pena de ilegalidade do ato e responsabilidade do servidor que o praticou. (CHERCHGLIA, 1999)

G6 colocou alguns questionamentos quanto à modificação desse trabalhador a partir do novo processo de vinculação, que são: “O que será daqui a dez anos desses ACS”? “Há riscos da desconfiguração da função social do agente comunitário?” G6 aponta a perda de três grandes valores: o vínculo, a legitimidade e a confiabilidade, e de forma contraditória, mantêm o otimismo e aposta que:

> Se ele cada vez mais se afastar da intenção político, social, e até digo ideológica, do que é o ACS. De ser um educador para a saúde, de ser um sujeito de certa forma privilegiada na comunidade, que amplia o seu diálogo para além do seu escopo comunitário, dando aporte ao serviço, e começar a apreender outros conhecimentos, e fazer essa troca do saber popular e do saber científico. E se reconstrói e se recodifica, com seu novo mundo. Se ele faz isso, ele vai prestar um grande serviço à nação brasileira, porque a finalidade é que ele seja esse educador em saúde, com a idéia principal de que as pessoas possam cuidar da sua saúde, tenham conhecimento disso, tenham capacidade reivindicatória, saibam se posicionar perante o Estado(G6).

Nessa perspectiva, o processo de regulamentação do trabalho do ACS é componente da agenda do SUS para esses próximos anos. Há a necessidade de modificar os processos instituídos, e de se enfrentar uma reforma tanto do setor, como do próprio Estado. Para isso, tanto as gestões públicas, quanto os sujeitos que a disputam terão que produzir espaços de muita articulação e negociação.

> A gente tem procurado manter o diálogo muito aberto. A Tereza que é a presidente da CONFEDERAÇÃO, ela veio aqui conversou com o nosso secretário executivo, a gente colocou pra ela qual era a dificuldade com relação a formação técnica, colocamos pra ela qual era as dificuldade que os municípios estavam tendo para implementar a lei 11.350(G1).

O Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho criado através da Portaria n° 2.430, de 23 de dezembro de 2003, tem como objetivos: realizar o levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS; indicar as formas legais de contratação, quando for o caso, e apresentar as iniciativas requeridas para sua implementação, tendo em conta a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor e induzir, por meio de cooperação com os demais entes federados, a adoção de uma nova concepção de relações estáveis de trabalho no SUS que erradique os vínculos precários e valorize o trabalhador.

Outra pauta, que faz parte dessa reforma é definir se há realmente uma reorientação do modelo de atenção em saúde, e para isso será preciso investir mais na atenção primária,

inclusive com um orçamento maior e permanente. Nessa defesa o CONASEMS tem apresentado "*a necessidade de se ter um orçamento global pra a atenção básica, ao invés de fazer caixinha disso, caixinha daquilo". G1*

> Nosso grande desafio hoje é como é que a gente consegue trabalhar nessa perspectiva da valorização do trabalho, e do agente comunitário de saúde. Mas ao mesmo tempo pensar nessa perspectiva do financiamento que eu acho que é fundamental. A gente não pode deslocar, como se isso, essa regulamentação da lei 11.350 fosse deslocada da questão do financiamento. Precisamos ter uma política de financiamento sustentável(G1).

Nesse sentido, G6 expôs que a retórica do atual Ministro da Saúde, José Temporão, que declarou que "*o ACS e o PSF é prioridade"* não é consistente quando o mesmo não garante sustentabilidade financeira. Para G6 o governo não tem enfrentado um dos grandes debates: "*que orçamento vá para o Saúde da Família? E se realmente ele é a estratégia principal da organização da atenção primária?"*.

Os interessados nesses processos não são somente os que estão implicados neles de forma mais direta. G6 lembrou então que existiam vários interessados no trabalho desenvolvidos pelos ACS. Lembrou ainda que no período de implantação dos programas PACS e PSF havia muitas discordâncias: *"se você pega um segmento da rede hospitalar, dos produtores de equipamentos, e medicamentos, e todo esse aparato tecnológico, que tem o raciocínio do lucro na área da saúde, obviamente eles eram contra"*. Outros sujeitos do mesmo setor apostam que cabe "aos *agentes de saúde identificarem a demanda, e quanto mais demanda mais doença tem, e mais capacidade de consumo*".G6

É preciso então assumir que a reforma do setor saúde está inacabada. E que a agenda da reforma sanitária, da reforma da saúde, precisa integrar uma reformulação maior, que é a reforma do Estado. E que essa é dependente da correlação de força entre os diversos interesses.

Na saúde a agenda está aberta e é produtora de muitos conflitos, e para MG3 "*isso tem que ficar claro"*, deve-se considerar "*o envolvimento da iniciativa privada, dos planos de saúde, e dos que defendem o SUS. A agenda é incompleta, até porque o SUS ainda só tem 20 anos, e é ainda uma coisa nova, é processual, é transformadora"*. Sendo assim, é importante chamar a atenção, tanto do Estado, como desse trabalhador:

> Que ele tem direitos que precisam ser garantidos. O estado tem que saber, minimamente, qual é o grau de tolerância que ele tem, para essas injustiças que ocorrem até hoje. Se a gente não prestar atenção e não dizer assim "não dá para tolerar mais". Eu vou dizer para o governo o que é que ele precisa fazer, porque a minha comunidade disse o que era necessário. Se eu não me fizer sujeito dessa ação, o que estamos fazendo é de certa forma uma cooptação, uma acomodação, um ajeitamento dessa sociedade, para que entre aspas, "a paz reine", e as contradições não apareçam(G6).

Faz-se necessário uma convocação para aqueles que lutaram e lutam em defesa da classe trabalhadora que se mantenham na resistência, e que se busquem mecanismos que não aprisionem o seu trabalho e a sua condição de sujeito. É preciso que o desenvolvimento do seu trabalho não seja a reprodução de políticas mantenedoras da ordem social opressora, mas que, seja produtora de novos pactos sociais, de política de saúde para todos e de qualidade, alicerçadas na construção de uma sociedade socialmente justa. Sendo assim, é fundamental a luta pela estabilidade desse trabalhador no seu ambiente de trabalho, para que o mesmo possa se colocar em condição de fazer a disputa.

4.4.2 - EM RECIFE: "A GRANDE OBRA É CUIDAR DAS PESSOAS?!"

> Confesso que me deixavam muito feliz, ouvi-los dizer assim: "eu fui imbuído pela necessidade de um emprego, e fui me descobrindo ACS". Ver a minha importância, ver o meu trabalho ali dentro, e que não é um trabalho apenas no campo da saúde. Eu sou conselheiro, eu sou padre, eu sou advogado, eu sou juiz em alguns momentos; eu sou silenciador (G6)!

Nas próximas páginas o leitor acompanhará como tem se desenrolado a institucionalização, e a regulamentação do trabalho do ACS em Recife, seus entraves e desafios. Esses próximos sub-capítulos são processos em curso, constituindo uma parte do mosaico com muitas pedras, mas com pouca arrumação.

Recife foi uma das primeiras capitais a assumir o processo de efetivação do ACS como agenda política prioritária. E coube à Prefeitura, através de seu executivo mandar um projeto de lei para a câmara solicitando a criação dos cargos públicos onde os ACS deveriam ser inseridos. Depois que a câmara aprovou o projeto de lei houve um procedimento administrativo de apuração do tempo dos vínculos e do processo seletivo, para que os ACS fossem efetivados nos cargos que foram criados.

Todo processo de mudança na forma de organizar os procedimentos de produção dos serviços implica ajuste na formação do trabalhador, que deve ser reconhecido e valorizado, para que realmente se deflagre um processo de reorganização da força de trabalho em saúde e contribua decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde. (MENDONÇA, 2002)

A Prefeitura de Recife tem como fonte de contratação o Estatuto do Servidor, sendo assim, os ACS efetivados passaram a ter como regime de contratação a estatutária. O servidor estatutário não se vincula ao serviço público por meio de um contrato que assina, mas por sua aceitação desse estatuto que é o Regime Jurídico Único (RJU) e de suas condições. Os direitos trabalhistas do ACS seguem as normatizações do estatuto do servidor, e é incluída uma cláusula no estatuto, que refere-se ao fato do ACS não poder mudar do território que ele trabalha.

Cria-se então uma comissão, formada pela gestão e pelos movimentos dos agentes de saúde. Houve muitos embates e negociações para a aprovação da lei na câmara. A articulação com o Ministério Público estava parada nessa fase, como relata PG8, e no percurso ainda

aconteceram alguns contratempos, quando "o sindicato aciona o MP contra a lei, *em vários momentos"*. Eles diziam "*que iam acionar o MP contra a lei, porque a lei admitia a contratação sem concurso*". Nesse momento o poder legislativo entra no processo, se tornando decisivo para a sua continuidade.

A negociação que aconteceu em Recife colocou na comissão de desprecarização os dois movimentos que representavam à categoria: a associação e o sindicato. Esses acumulam uma briga histórica, que acaba fragmentando a categoria. Além disso, segundo PG8 uma compreensão equivocada por parte do próprio sindicato.

> (...) eu considero que o sindicato teve uma postura muito complicada, no decorrer do processo. Primeiro, ele ficava sem saber se defendia a CLT ou não defendia. Existia um apelo muito grande pela carteira assinada, então, eles fecham um acordo a partir do advogado deles e do SINDSPREV pela OSCIP. E eles assumem isso como bandeira, até o começo de 2006(PG8).

O movimento do **Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde - SIDACS** muda sua postura no processo e assume a agenda pela regulamentação, através da seleção pública e vínculo estatutário. Organiza-se então uma greve dos ACS com o objetivo de apressar o processo de regulamentação que garanta legitimação das seleções anteriores, bem como a inclusão dos agentes de saúde ambiental.

No que se refere ao Agente Ambiental, torna-se relevante considerar que a primeira PEC só dizia respeito aos ACS, não se mencionava o **Agente de Combate à Endemia (ACE)**, que em Recife chama-se **Agente de Saúde Ambiental (ASA)**. Foi realizada então uma discussão para que eles entrassem no processo, que teve o apoio do sindicato que defende a inclusão deles no projeto de lei.

Nesse contexto, havia algumas divergências na pauta: o ASA defendia que a formação escolar deles era diferente do ACS, sobre tal questão relatou M4 que "*tinham uma discussão de que eles são nível médio e muitos de nível superior, e a gente não"*. Na tentativa de superar

esse dilema, "*teve assembléia lá no sindicato que pegou fogo em relação a isso", recordou M4*. Mas no cerne dessa disputa, M4 resume que o ASA se julga merecedor de um salário melhor que o do ACS: "*Houve um confronto entre os ASA's e os ACS's por causa disso. E o sindicato sempre discutiu a questão da isonomia salarial para todos*." (M4)

Em agosto de 2007, homologou-se a lei que criava os cargos e que convalidou os processos seletivos anteriores. M2, que participou de todo esse processo localmente e nacionalmente, defende que a efetivação da lei não foi um ganho grevista, e sim um ganho de muitas lutas acumuladas historicamente.

> Não tem nada haver com greve. Recife aprovou a lei, porque veja bem, a 51ª aprovada, a 11.350 regulamenta a 51, então, qual é o próximo passo a dar: as prefeituras criarem os cargos. Porque não existem os cargos em prefeitura nenhuma do país, como é que se criam os cargos? Projeto de lei na câmara. O próximo passo: é certificar os agentes que estão que estavam em exercício no dia 14 de Fevereiro de 2006, certificar esse pessoal, e nomear esse pessoal(M2).

A comissão conjuntamente com representantes dos vereadores fez uma grande pesquisa nos arquivos, recuperou como foram as seleções anteriores através de documentos e de depoimentos das pessoas responsáveis pelas seleções na época. O Tribunal de Contas entrou no processo na fase de homologação das efetivações.

> Pegou toda essa documentação, Arquivou nos processos para poder convalidar essa seleção até 2000. Foi como se fosse feito um DNA do passado, para colocar todo esse quebra-cabeça para funcionar. Mesmo após juntar toda essa documentação, tinha que existir uma lei para regulamentar isso, e a greve foi justamente para isso. Então, foi uma greve vitoriosa, porque a partir daí saiu à lei, e a comissão especial que foi renovada, começou a trabalhar em cima dela(M4).

A homologação da **Lei 11.350** e da **Emenda Constitucional 51**, e o seu cumprimento é uma conquista histórica. A nova agenda, segundo L4R é: "*depois que os ACS's forem efetivados, evidentemente que eles vão continuar, como em qualquer relação de trabalho, com as suas demandas por maior remuneração e aperfeiçoamento das condições de*

trabalho". As próximas agendas terão fortemente a pauta da remuneração, dos direitos previdenciários, e a formação técnica. Esses são assuntos da mesa de negociação do trabalho no SUS. Em relação à remuneração, o CONASEMS tem defendido nesse espaço a seguinte questão:

> Nós defendemos enquanto CONASEMS que cada região, com base na realidade, tem que definir o salário daquele trabalhador. De ante mão, a gente acha que o agente comunitário tem que ter um salário muito bom, por que ele tem que ser valorizado em função da atividade que exerce, agora depende de cada região. (...) não se pode ter um piso nacionalmente, não só pro agente, mas pra qualquer categoria profissional(G1).

Para M4 tem que ter um investimento alto e grande na prevenção. E atrela a isso a importância e a valoração do seu trabalho, uma vez que *o ACS ganha o menor salário da equipe do PSF, quando deveria ganhar o maior!* E que esse "pouco estímulo" interfere na sua dinâmica de trabalho, segundo ela "*tem que melhorar as condições de salário, porque com um salário baixo, você não consegue fazer nada"*. Isso sinaliza que nos próximos anos teremos como pauta, principalmente do movimento sindical da categoria, a questão da valorização do trabalho do ACS, e de forma incisiva a remuneração salarial.

> O governo federal manda r$ 537,00 para o ACS, e a gente quer que a prefeitura dê a contrapartida (...). O ticket foi outra vitória também, junto com aquela greve. Outra luta que temos no sindicato é a volta do curso técnico, e organizar o plano de cargos e carreira da gente(M4).

Quanto à questão do tempo de serviço para aposentadoria, a representante do sindicato, M4, acredita que "*todos os anos passados vão ser contados e nós não vamos ter prejuízos em relação a isso!"* Outra agenda é a da diminuição da carga-horária de trabalho. Além dessa, L4R aposta que a defesa na diminuição do número de famílias, será também, outra bandeira importante. *Então, eles são demandados, eles têm que cuidar de cerca de 200 famílias, e é preciso que esse número caia para umas 150, que é um número ideal.* L4R

O trabalho do ACS não possibilita, até o momento, um **Plano de Cargo, Carreira e Salário - PCCS**, como acontece para outros profissionais da saúde. Para M1 "*ele não nos dá muitas possibilidades de crescimento profissional"*. O salário do ACS em Recife entes da efetivação era de R$ 400,00 e agora, depois da efetivação, agregará mais R$180,00 de ticket's de transporte. Outro resultado positivo que a categoria teve na sua efetivação em Recife foi um plano de saúde. A prefeitura de Recife dispõe para seus servidores um plano de saúde privado.

> [O plano de saúde] é opcional, para quem fez o cadastramento. Antes da efetivação, já há alguns meses atrás, a gente usava o plano dos servidores do estado, SASSEP. Mas agora a prefeitura botou todos os funcionários para um chamado "saúde recife", que é um plano de co-participação, e que eu acho um absurdo, mas a gente paga, o valor é descontado(M1).

> Não é plano de saúde, é o "saúde recife", e todo servidor municipal tem direito, e a gente também pode se inscrever. Sei que desconta uma taxa, mas eu não sei quanto custa, porque não me escrevi ainda. Leva a certidão dos filhos, do casamento, para ter direito a dependentes, e tem direito a clínicas, dentistas. Quem tem está achando muito bom, e está até aconselhando a quem não tem fazer(M4).

Para a gestão de Recife, essa interpretação de "ganho trabalhista" faz parte da compreensão política do seu gestor municipal, que é sindicalista. E que para esse, o plano de saúde privado é uma pauta histórica do movimento sindical. E apesar de existir defesa contraria a isso, dentro do próprio partido e da gestão da saúde, esse plano é encaminhado.

> Esse processo passa a ter uma sensibilidade maior do próprio gestor. Qual é a origem de João Paulo? Qual é a origem do PT que entra na prefeitura? É a origem corporativa desses grandes sindicatos, e esses não têm tradição de defender o SUS. Têm tradição de reivindicar que as empresas banquem o plano de saúde. Então, por mais que a secretaria de saúde colocasse a lógica invertida, isso não tinha nenhum eco dentro dessa gestão. E aí, parte-se para a substituição do IPSEP pelo "saúde recife"(PG8).

Ao perguntar sobre a coerência do Estado em fazer uma aposta no SUS como sistema universal, integral, e de qualidade. E ao mesmo tempo oferta o subsistema privado para os seus trabalhadores, M1 e MG3 responderam:

> Eu acho um absurdo. A gente está aqui, defendendo um serviço, e na realidade a gente corre para o particular. Essa é a minha visão de movimento, onde eu acho que não deveria ter plano de saúde e sim um sistema único de saúde e de qualidade. Mas a gente sabe que não é assim que funciona, e a gente sabe que na hora da agonia, se você não tiver um lugar um pouquinho melhor para ser atendido, você vai morrer(M1).

> Eu acho que, oferecer planos de saúde privada ao agente, é realmente, oferecer um pacote conceitual, contrário ao SUS! O SUS não pode servir para todos e menos para o profissional de saúde, se a gente ideologicamente defende um Sistema Único de Saúde. E não é impedir que quem queira, espontaneamente, faça seu plano. Agora, o Estado ser promotor de um plano de saúde para os agentes, é um contra-senso muito grande, é terrível(MG3)!

A contradição apresentada mostra a dificuldade em se manter coerência nesse tipo de questão. Estamos diante de um Estado, que produz sua política, mas que não a utiliza. Isso gera não só descrédito pelos usuários, como também, por aqueles que produzem, defendem e acreditam. Essa contradição não é apenas de ordem ideológica, uma vez que não podemos negar as condições precárias que temos em alguns serviços, e que no momento de adoecimento tende-se a procurar aquilo que melhor pode nos assistir.

Quanto à questão da qualificação, essa se encontra em andamento a partir do curso de formação técnica, que segue a **Resolução CNE/CEB nº. 04/99**[24], e que tem como carga horária mínima 1.200 horas. Esse curso é dividido em três etapas, onde a primeira é de 400 horas, a segunda de 600, e a terceira de 200. Até o presente momento só foi disponibilizado recurso para a primeira. Sendo inclusive motivo de divergência a sua continuidade, já que não

[24] Conforme determina o parecer CNE/CEB nº 19 de julho de 2004, a conclusão do ensino fundamental, desenvolvido de forma paralela na modalidade de Educação de Jovens e Adultos, é condição indispensável para continuidade do programa de profissionalização do agente comunitário de saúde. Da mesma forma, a conclusão do ensino médio é condição necessária e imprescindível para a oG1enção do Diploma de Técnico de nível médio.

é consenso dos atores diretamente envolvidos, com os seguintes posicionamentos do MS e do CONASEMS:

> Na área da qualificação e do desenvolvimento, há um consenso. É extremamente positivo para o próprio trabalhador, e agrega valor sim. Isso tem que haver sim, mas, isso pode acarretar uma prisão para o gestor local. E alguns acham, erroneamente, mas acham, que isto emite gasto. O gasto com folhas, isso porque trabalhador do nível médio recebe como nível médio e já tem alguém que faz isso que é o auxiliar de enfermagem e o auxiliar técnico. Enfim esses são os conflitos, dilemas que a gente vem convivendo. G3

> Um técnico, obviamente vai exigir que tenha uma carreira de técnico, e é legitimo, a não ser que seja feita uma coisa pactuada entre os três entes federados, com responsabilidades definidas e claras, que o município possa pensar estrategicamente e planejar isso a longo prazo, para vê como fica isso. Hoje concretamente os municípios têm dificuldades se tivesse que colocar todos os a gentes como técnicosG1).

O curso técnico com 1.200 horas é uma das bandeiras dos Agentes de saúde. Ao perguntar para a representante sindical, M4: O que é ser técnico? A mesma responde: "*é a mesma coisa que o auxiliar de enfermagem faz, só não vai ter o nome; e vai melhorar também a nossa situação, tanto financeira, como o nome técnico tem algumas questões mais elevadas, de que o auxiliar"*.

> Meu sonho mesmo é que volte o meu curso técnico de ACS, que diminua a carga horária da gente, que passe a ser 6h por dia, e isso facilitaria muito o nosso trabalho. Isso é uma luta do SIDACS, uma luta geral da CUT, uma luta para todos os trabalhadores(M4).

Esses argumentos sobre a profissionalização geram várias reflexões. MG3 faz algumas ponderações sobre a condição de tornar técnico o ACS. Para ele o agente de saúde ao ser transformado em técnico de saúde, produz "*expressão restrita que um técnico incorpora"*.

> Ser **agente** lembra muito um potencial de transformar, de mudar. E ser técnico, parece ser assim, um comportamento mais estético, no sentido mesmo de arrumar do que no sentido de transformar. E aí, nesse sentido, há perda! Mas esse é o papel que o Estado quer. O Estado não quer um agente transformador, talvez modelador(MG3).

Ocorreram transformações na forma de trabalhar dos agentes de saúde, que para MG3 tinha uma dimensão antes de entrarem nas políticas públicas, e uma outra depois que se inseriram nelas.

> Então, ele é um agente de saúde, primeiro, independente do Estado, pois ele não faz parte, inicialmente do aparelho de estado, não faz parte do sistema de saúde. No segundo momento, em que ele começa a entrar nas instituições, ele vai formar o Estado. Por um lado, ele vai resolvendo suas questões de vida, de sobrevida, de enfrentamento, é um cidadão que também precisa ser remunerado. Mas, também, ele perde na intervenção. A intervenção dele já não vai se dar com barreiras, com alagamentos, com a educação, com a cultura. Vai começar a restringir, vai tender a vir para o conceito antigo de saúde, mais biológico, da ausência de doenças, e não da melhoria da qualidade de vida. Ele vai recuar muito, e ficar no conceito biológico(MG3).

PG8 organizou essa mudança sócio-ocupacional em três fases, em que acontecesse pós-inserção e vínculo público.

> Na primeira fase ele tinha um nível de autonomia muito grande. A enfermeira, instrutora-supervisora tomava conta de 30, mas ela não podia tomar conta de 30 numa área territorial tão grande, que ela não iria nem uma vez no ano nessa área; então eles tinham essa autonomia de fazer tudo o que aquele povo estivesse precisando(PG8).
>
> Num segundo momento, nas primeiras intervenções do COREM no cerceamento das ações, você começa a ter uma restrição, que deveria fazer com que eles se voltassem para o trabalho educativo, mas que a rigor, começa um processo de burocratização; porque ele passa a cumprir funções como o preenchimento de planilhas, o sistema de informação, uma série de coisas(PG8).
>
> Depois, com o PSF, a função de mediador passa a ser a função de transmissor de recado. Ele passa a ser muito mais a ponte exclusivamente da informação da assistência - ele marca a consulta e traz a informação do dia e hora marcados. Vê os exames necessários, ele marca e traz a informação de quais foram marcados, do transporte, do bolsa-família, etc. Então, aí, ele perde o caráter comunicativo da sua função, a coisa de estar conquistando aquela população para um processo de formação da saúde é bem menor(PG8).

O processo de institucionalização desse trabalho tem sofrido mudanças, e uma vez inserido em uma política, sofre várias arrumações. Quando se criou a profissão do ACS, a partir da **Lei 10507/2002**, se tornou fundamental regulamentá-la. Para isso, se fez necessário um aparato normativo constitucional. Esse processo começa a re-configurar a função, o papel,

e as atribuições do ACS. A relação deixa de ter um caráter mais comunitário, e passa a ser mais Estado. Segundo G3 *isto desvirtua, distorce o que seria o papel, função, e o princípio do Agente Comunitário.* Tudo isso é modificador de sua prática profissional.

> (...) **a gente fez uma revolução e deixou de marcar consulta**! "Se quiser, você vai ter que ir lá no posto marcar"; e foi aí que a gente começou a se voltar mais para os grupos, para as reuniões, para os encontros. E tudo que a gente faz tem uma razão, porque a nossa idéia é transformar as pessoas, politicamente, para que elas possam lutar por seus direito(M1).

As atribuições do ACS foram socialmente construídas e são preconizadas pelo próprio Ministério da Saúde, sendo assim, a função do ACS é desenvolver trabalhos no território, fazer visitas domiciliares, mobilizar a comunidade, e potencializar sua função educativa. Na sua rotina não é bem assim que acontece. O seu trabalho acaba sendo modificado pela dinâmica do serviço.

> A gente tem que tirar prontuário, organizar entrada e saída de pacientes, entregar a medicação, desmembrar exames. A Doutora solicita os exames e a gente tem que marcar, desmembrar naqueles papéis que vêm do laboratório. E ainda nas quartas-feiras, às 7h da manhã, a gente faz um rodízio para ajudar a auxiliar de enfermagem na coleta, porque a gente acha que é muita coisa para ela fazer sozinha. Então, são muitas coisas que a gente acumula, mas que não são nossas funções(M1).

A transformação da prática desse profissional tem provocado reflexão sobre os desvios sofridos e a necessidade de retomada de ações que significaram seu saber/fazer comunitário. O distanciamento das práticas que fundaram essa ocupação, como também, a produção de novas atribuições foram de certa forma imprimida pelo programa, e também pelas políticas, que sempre produziram atribuições a serem desenvolvidas por eles.

Parece que esse é um trabalhador ao qual a todo momento pode se atribuir mais funções, como é o caso de marcação de consultas e entrega de exames e solicitações. Além de várias estratégias que são constantemente incorporadas ao repertório das equipes da ESF. Além disso, a própria comunidade muitas vezes aprisiona esse agente em ações clientelistas.

As novas atribuições e os problemas administrativos e de gestão, como por exemplo, a insuficiência de trabalhadores nas unidades desempenhando atividades que são fundamentais para o seu funcionamento são algumas das barreiras que acabam produzindo desvios de função e aprisionamento dele na unidade de saúde. Esse é um desafio que deve ser pauta da gestão pública, e um enfrentamento desses trabalhadores.

Tem se tornado fundamental criar iniciativas e soluções para enfrentar o problema da precarização do trabalho, bem como avaliar como os trabalhadores, de diferentes categorias ocupacionais, comprometidos com a prestação de serviços à população, têm desempenhado suas funções, expostos a uma subcondição de exercício da profissão, à instabilidade, à insegurança e à vulnerabilidade.

Nessa perspectiva, este estudo propõe-se a analisar, no caso do ACS, como esse problema, que é de natureza complexa, precisa ser enfrentado e superado.

4.4.3 - O ACS EM RECIFE: "QUANDO OS NOVOS SUJEITOS RESSURGEM NA CENA"

> É a história dessa comunidade, que a gente que mora aqui é quem conhece, é quem sabe. Eu durmo e acordo aqui(M1).

O ACS em Recife vem fazendo um enfrentamento quanto a sua relação com a equipe de Saúde da Família. M1 assinala que há perante a equipe uma diferenciação de cargos, que essa é geradora de processos de hierarquia e autoritarismo, sendo produtora de desconfortos. M1 "*coloca que para os profissionais de nível superior os ACS's simplesmente não eram nada, não eram ninguém!"*. E continua desabafando: "*servem para ir com eles na casa do traficante, porque como eles se conhecem, o traficante não vai fazer mal para o médico ou para a enfermeira que está indo lá"*. Além disso, ela constata que a categoria incorpora o

sentimento: *"ACS não é nada"*, e lembra que foi a partir da formação política que esse entendimento começou a mudar.

> Quando começamos essas discussões políticas, passamos a perceber o que é um PSF dentro de uma comunidade. Se os ACS's pararem de trabalhar e sentarem do outro lado da rua. Ele não funciona! Não tem médico, não tem enfermeira, não tem nível superior, não tem nada que faça acontecer à história. E isso foi dando o empoderamento(M1).

> Nós começamos a ter empoderamento sim, mas com tranqüilidade e com muito cuidado! Porque tinham alguns ACS's que achavam que esse poder era para ser usado como enfrentamento de profissionais. O poder que a gente tem é outro! (...) Nós queremos mostrar que somos tão bons profissionais quanto uma enfermeira, um médico, e que somos tão necessários como eles. Então, essa era a idéia; e foi uma briga que a gente comprou com todas as enfermeiras de todos os PSF's da cidade. Queria ver uma enfermeira endoidecer? Era a gente começar com esse discurso do poder do ACS(M1).

Um grupo de Agente de Saúde em Casa Amarela, bairro do Recife organizou espaços de formação política e esses vêm impactando no trabalho desses agentes, além de produzir uma tomada de consciência sobre o seu papel político. A partir disso, eles tem buscado estratégias para ampliar a sua comunicação e intervenção na comunidade.

> Quando se aproxima o mês de novembro que é o tempo da campanha, a gente só fala em filariose, e eu não consigo falar de filariose sem falar de esgoto, de calçamento, de fossa, de banheiro, de lixo na rua, essas coisas. Não tem como você falar de filariose, olhar para o povo na rua e dizer: **engulam três comprimidinhos e vocês estão salvos**(M1)!

> Então, depois que a gente passa a ter uma liberdade maior, a gente começou a se enfiar em tudo que era espaço, fazendo oficinas de direitos humanos, e tal. Uma faz, e na reunião vai passando as informações para as outras. E a gente vai se formando, cada uma com a sua bagagem de conhecimento(M1).

Casa Amarela se torna palco, no inicio desse século, de uma retomada do papel do ACS enquanto mobilizador e articulador comunitário. Os Agentes Comunitários de Saúde, em conjunto com representantes da gestão pública de saúde, articulam cursos de formação política. Esse movimento produziu autonomia, e se organizou por fora da instituição.

> Uma vez Pacheco disse: "a gente poderia transformar esse movimento numa ONG!" E eu disse: "e porque que a gente não transforma?" Começamos a discutir sobre isso, escolhemos o nome MEP - Movimento de Educadores Populares, realizamos votação para escolher a coordenação, a diretoria, e abrimos tudo legalizado, com CNPJ e tudo. É um movimento que nós criamos para o nosso fortalecimento enquanto profissionais. Na época nós tínhamos medo da saída de Paulette do Distrito, e sabemos que existem pessoas no próprio distrito que não são simpáticas a esse movimento(M1).

No início desse movimento o principal parceiro do MEP era a Secretaria. Essa organização fez um movimento de distinção do lugar do ACS e significou o que era fundante em seu trabalho, que era o papel de educador, mas isso por fora da sua profissão, como relata M1 "*o nosso objetivo era ter autonomia enquanto educadores, mesmo que não tivesse como ACS*".

> O MEP não surge com o caráter de organizar os ACS's. Ele não tem essa proposta. E sim de discutir a educação popular, de estar fazendo um pouco a gestão dos projetos. Ele surge em 2004, na perspectiva de que todo movimento de educação popular em Recife poderia se acabar com a mudança da gestão. Então, a gente queria dar um caráter de autonomia a esse movimento, e que ele pudesse estar fazendo a defesa das idéias do projeto, depois, na mudança da gestão. Então ele tem essa característica da formação. E criar uma ONG nessa perspectiva. É um processo lento, mas aos poucos ele começa também a se envolver com o sindicato e com a associação, mas no MEP tinha os dois lados(PG8).

Essa gestão, composta por dirigentes que tem compromisso político com um projeto para a saúde, que assista melhor a comunidade, e que respeite o trabalhador, vê no ACS um ator fundamental para construir tais concepções. E esse coletivo da gestão disputa o curso de formação técnica, organiza-o com base freiriana, e usa esse momento para problematizar a regulamentação da profissão.

> Um elemento estruturador do governo e a coisa do curso técnico mesmo em 2006. Eu acho que é um retrato disso. Acho que a gente investiu numa politização, investiu muito no conteúdo de efetivamente estar discutindo educação popular, de fato, tentando chegar mais perto do papel político(PG8).

Essa articulação foi construída por sujeitos com compromisso ético-político, que ao assumir uma gestão pública não contradisseram sua coerência histórica e a dos coletivos que

compuseram. Travou-se nesse cenário uma arena política onde as correlações de forças puderam ser rearranjadas, e as questões instituídas e instituintes se desequilibraram. Apesar de compor um governo de esquerda, cuja bandeira tem base na luta da classe trabalhadora e dos oprimidos, buscaram-se estratégias para manter organizações políticas por fora do aparelho do Estado.

O MEP tem como estratégia gerar e articular processos formativos para o ACS e desses para a sua comunidade. É importante recordar que antes, "*havia o movimento popular e a categoria"* (MG3), e agora há um movimento fortemente da categoria, seja na associação, sindicato, e também, no MEP.

A necessidade da regulamentação fez com que os agentes de saúde se organizassem nas pautas eminentemente corporativas. Com isso, passa a se estruturar um movimento da categoria. A pauta desse movimento se transforma historicamente. Ele passa de um momento que reivindicava o reconhecimento social, para disputar sua inserção no Estado, e mais recente, a sua regulamentação e valorização. A pauta de regulamentação e da desprecarização do trabalho mobiliza mais a categoria, e nesse momento não é mais o movimento popular, mas uma mobilização em torno de uma categoria. Para MG3 "*a luta não se dá, necessariamente articulando com a sociedade como um todo, com o movimento popular"*.

Essa mobilização toma peso no governo João Paulo e no governo Lula, e os Agentes com o acúmulo de força dos outros momentos históricos conseguem a regularização constitucional definitiva.

> Eles fazem um movimento por dentro da corporação, e esse embate é um arcabouço jurídico, constitucional e político, fica nessas três esferas: constitucional; jurídico, pois precisava resolver juridicamente; e político, porque aí precisava articular, e ir à busca dos atores. MG3

No final de 2000 fundou-se o Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde, que tinha como proposta a questão da regularização da categoria e a luta pelos direitos trabalhistas. M4

diz que "*o sindicato já foi fundado de caráter cutista, e o SINDSPREV foi de apoio incondicional conosco"* (M4). Há muitos embates com as duas entidades de representação política dos ACS, o sindicato e a associação. Ao perguntar sobre a missão das entidades a representante sindical, M4, responde:

> O sindicato é de caráter trabalhista e a associação é de caráter recreativo. Só que antes, não existia sindicato, só existia a associação, que tomava conta de toda essa parte. E aí, a gente fundou o sindicato porque a gente não estava satisfeita com o que a associação estava fazendo, pois a gente não tinha retorno de nada.

Como já foi apresentada nesse trabalho a estruturação do sindicato acontece em um momento de divergência política entre a associação e o movimento da central sindical. Esse acontecimento produz ruídos e pouco diálogo entre as duas entidades, além de dificultar a representação dos dois. Ambos são estruturantes para a organização desses trabalhadores, não se podendo minorar a importância de nenhum deles. Esse será, portanto, um dos grandes desafios: fazer unidade para imprimir a luta política.

A tendência da agenda do ACS é ter cada vez mais a lógica sindical. De estar reivindicando protetor solar, processos de assédio moral, de aumentos salariais, ticket-refeição, de vale-transporte. M4 apresenta algumas bandeiras do movimento sindical:

> Aumento do salário, para dois salários-mínimos, para todos, ASA e ACS igual. A insalubridade para os ACS's, que hoje uns recebem e outros não. A outra coisa é a produtividade. Então, a gente queria ter uma parcela dessa produtividade(M4).
>
> A gente sabe também, que o assédio moral corre solto, e dentro da área de saúde não é diferente. Muitas pessoas não conhecem, não sabem seus direitos, por mais que você esclareça. Umas têm medo, outras se acovardam. E isso está fazendo com que a gente se preocupe muito com essa relação. E essa história de estágio probatório está pegando muito, muito mesmo(M4)!

O movimento dos Agentes Comunitários de Saúde está vivendo hoje o que podemos chamar de "encruzilhada histórica"! Para MG5 o acúmulo histórico dessa profissão pode levá-los eles a compreenderem o seu papel enquanto trabalhador, e a sua condição de classe. Para

"um cidadão engajado na luta do povo, poderá ser agora, o grande momento de reflexão dos agentes comunitários de saúde". MG5

> Bagagem demais, para entenderem como a política se faz. Quantos recuos foram feitos? Quantos erros por precipitações foram cometidos? Mas, ao mesmo tempo, tanta perseverança. Agora, quantos aliados na caminhada? E, dentre os aliados, o maior de todos foi à população. A quem mais os agentes comunitários de saúde devem a existência deles e essas conquistas. (...) se a pauta da organização sindical dos ACS´s for uma pauta estreita, meramente economicista, aí, as coisas vão para trás(MG5).
>
> Esse é o grande desafio. O ganho é: a luta foi longa. O acúmulo de experiências, é como eu disse, não é todo movimento social que tem tanto acúmulo de acertos e erros, equívocos (...). E o movimento agora, terá que refletir inclusive sobre o movimento que tem sido predominantemente visível nos movimentos de entidades e associações desses servidores públicos, que tem mais vislumbrado um certo grau de imediatismo com um economicismo que é quase a totalidade do interesse, com uns arremates de interesse por condições de trabalho visando a população(MG5).

A autonomia que se espera do ACS na área social é relativa a sua capacidade de se auto-planejar, de gerenciar seu tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade e de participar em fóruns sociais onde se debatem os problemas da comunidade e aí influenciar a tomada de decisões. Esta autonomia também se expressa no trabalho em equipe, na interação com os usuários dos serviços em seus domicílios e no desenvolvimento da consciência da qualidade e das implicações éticas do trabalho, no planejamento de ações, na promoção da saúde, na prevenção da doença e no acompanhamento e avaliação das ações de saúde. . (MENDONÇA, 2002)

Ao agente de saúde deve haver certa margem de liberdade e flexibilidade em face de situações complexas e adversas que marcam sua ação e que exigem uma atuação competente na obtenção de determinado resultado. O sujeito-agente deve interagir para expandir o projeto técnico para o qual foi capacitado e transformá-lo num projeto comum da comunidade em resposta às necessidades de saúde (PEDUZZI, 2001).

As conquistas e a força desse movimento também agregam grandes desafios. É fundamental saber o valor político de sua efetivação, a clareza dos mecanismos para sua

seleção, que é o vínculo comunitário, e a consciência do que é ser servidor público, e do seu papel de trabalhador e de comunitário. Para isso os processos formativos, tem sido estruturantes, para que esse trabalhador reflita sobre o seu papel enquanto transformador de um contexto desfavorecido socialmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Um começo...

> A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes. (KOSIK, 1976, p. 42)

Esse estudo compreende que a institucionalização do ACS encontra-se permeada por uma articulação entre o processo de acumulação do capital, as complexas lutas de classe e as formas de organização política do Estado e da Sociedade. O percurso que sedimenta o trabalho do ACS é um processo contraditório, com relações complexas de uma totalidade social estruturada historicamente.

Portanto, procurou-se desenvolver uma análise da institucionalização do trabalho do Agente de Saúde, que teve inicio na década de 60. Nesse período a população sofria com a repressão da ditadura militar, e com as condições precárias de saúde. Ao buscar estratégias de enfrentamentos para os males causados pela política e pela falta de saúde, os movimentos populares se organizaram. Esta luta é fortalecida na década de 70 e 80 pela redemocratização do país, e conquista outros atores sociais e um sistema de saúde universal, o SUS. A consolidação do SUS enquanto política de Estado toma cena na década de 90, e estratégias como o Saúde da Família e a inserção do ACS se torna diretriz política nacional.

Diante desse quadro é importante lembrar que se tem nesses últimos vinte anos profundas mudanças na sociedade brasileira. A crise econômica e o desemprego estrutural,

com a onda neoliberal imprimem no mundo do trabalho um processo de flexibilização e precarização, além de produzir políticas de cunho focalista. A fragmentação dos movimentos de trabalhadores se acentua, e os mesmos, se apresentam com pautas focadas nas reivindicações salariais. Sendo assim, ressalta-se a importância desse trabalhador extrapolar a pauta de reivindicação salarial e manter a sua representação fundante, o de resistência comunitária com pautas populares e coletivas.

Os processos de institucionalização desse trabalhador são fortalecidos nos últimos anos e se torna agenda política. Com isso o ACS tem base legal para a defesa da inserção pública direta através da lei 11.350 de 2006 – que define a forma de vinculação e seleção. Apesar do avanço legal, a real efetivação, ainda suscita muitas discussões, dentre elas a que tange a lei de responsabilidade fiscal nos diversos municípios do país.

Esse contexto também foi palco dos processos de organização de movimentos comunitários - como o Movimento Popular de Saúde - MOPS, e da organização dos próprios trabalhadores, através das associações, federações e bem depois dos sindicatos. Esse escrito conta a história de um movimento popular de trabalhadores que imprimiram frentes de luta para o seu: reconhecimento; inserção; regulamentação e valorização.

Vale notar que as expectativas depositadas em torno da participação dos ACS inscrevem-se em um verdadeiro "fogo cruzado", onde: a comunidade o inscreve em demandas ligadas ao acesso a serviços e procedimentos; a equipe como um apoiador técnico e um interlocutor da comunidade; a gestão como executor prático de tarefas de rotina; e o próprio ACS de forma dicotômica defende o fortalecimento técnico versus o educador.

Não se pretendeu reconstruir o processo de surgimento e desenvolvimento da profissão a partir da década de 60, busca-se, aqui, ressaltar marcos característico do Agente comunitário de Saúde relacionada aos quadros conjunturais, visando essencialmente situar aquele debate. Pretende-se visibilizar às contradições que são próprias a conjecturas dos

processos de institucionalização. Nesse contexto, o Estado não é nem o instrumento exclusivo de uma determinada força social nem o árbitro das forças em conflito, ele é atravessado pelo conjunto das forças sociais que se manifestam em uma determinada conjuntura. Na busca de retratar esse contexto se considera algumas questões:

- A transformação do trabalho do ACS acaba mexendo nos processos de representação social, e isso tenciona os processos políticos instituídos seja na organização social, seja na própria estruturação do trabalho.
- O papel de mobilizador do ACS vem se modificando atravessada pelo seu processo de recrutamento e seleção;
- ACS continua sendo potente articulador, mobilizador e educador comunitário;
- O processo de divisão do trabalho tem sofrido um forte viés corporativo e privatizante das práticas de cuidado.
- A participação crescente dos organismos internacionais, principalmente do Banco Mundial, na estruturação das políticas de saúde no Brasil;
- As transformações ocorridas no processo de trabalho do ACS em curso: das práticas voluntárias e solidárias; a supervisão da enfermagem; e a organização do trabalho em equipe;
- O significado social que o Estado, a comunidade e o próprio ACS dá ao seu trabalho;
- A qualificação do trabalho, e a reestruturação deste na produção do Curso Técnico;
- Os processos formativos enquanto dispositivo de tomada de consciência de classe;
- A questão da Estratégia Saúde da Família e os rumos que essa tem seguido;
- Os desafios, no contexto de classe social, que o ACS enfrentará;
- Dentre outros

Concluímos que a organização coletiva dos sujeitos para os processos de resistência e luta social não necessariamente esta relacionada a uma ocupação. E reconhecemos que o cenário que significa essa coletividade, antes visibilizada na fábrica, hoje se encontra nos territórios, no contexto comunitário e na sua diversidade de ocupações, credos, culturas e identidades.

A PRÁXIS...

Andei por caminhos difíceis, a luta que nunca termina, o trabalho produz mais histórias, as histórias mexem na vida. A vida, uma vida inteira.

A busca da produção viva, em ato, em transformação, é produtora de muito cansaço e da certeza de ter que continuá-la. Fechar esse escrito é ser dialético e assumir a insuficiência dele perante a necessidade dessa história. Os caminhos e os descaminhos que percorremos produziram a ampliação do olhar sobre o contexto, e a ratificação da aposta, que é acreditar nesse sujeito enquanto produtor de luta social.

O que era investigação se tornou intervenção, e este deixa de ser uma produção teórica e se tornou uma práxis. Ao assumir, em fases de organização e síntese desse trabalho, a tarefa de construir com a Secretaria de Saúde de João Pessoa o Curso de Formação Técnica do ACS, reconheci neste, um momento histórico para fazer uso dos ensinamentos que esse estudo produziu.

Na condição de sujeito que se implica na luta pelo fim da sociedade de classes, pôs-me a contribuir com todo o processo. Na disputa de um movimento formativo que reconheça e o insira enquanto sujeito e que este se conscientize do seu lugar de trabalhador, dentro de uma luta de classes.

O CONTO...

A história não é simples:

O problema é uma problemática;

Há uma grande necessidade de mais produção sobre o tema;

O processo de organização para análise e reflexão careceu mais domínio;

O esforço para fazer a conexão convidou a profundas reflexões.

E a síntese se tornou apenas analisadora da necessidade de retornar para o começo.

É na defesa de compreensão e produção de práxis social que essa pesquisa se fundou. Na busca de reflexão, interpretação e tomada de decisão, na perspectiva da transformação social. O limite da produção se deu pela dinamicidade da história, e é na negação do que afirmei ao início que concluirei: não produzimos mosaicos, produzimos caleidoscópios, já que essa história muda a cada momento. E talvez, tenha sido essa a grande dificuldade que tive de encerrá-lo. Ela é tão dinâmica e tão viva que me perdi ao contá-la. Então o que posso assumir nesse momento, é que esse é apenas um início.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, José Augusto Guilhon. **Instituições e Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti. A **Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em Busca da Integralidade.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Recife, 2003.

AMARAL, Ângela Santana. **Crise capitalista e o "aggiornamento" das práticas sindicais**. Revista Temporalis/ ABEPSS: Brasília, ano 3, n. 6, jul/dez, 2002.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do Trabalho**. 7. ed. São Paulo: Boitempo, 2005.

ARAUJO, Lídice Maria. et al. **Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS.** Documento Técnico. Departamento de Gestão do trabalho em Saúde.. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ARRETCHE, Marta. **A Política da Política de Saúde no Brasil**. In: Nisia Trindade Lima; Silvia Gerschman; Flavio Coelho Edler; Julio Manuel Suárez. (Org.). Saúde e Democracia. HIstória e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, v. 1, p. 285-306.

BANCO MUNDIAL. **Financiando os Serviços de Saúde nos países em desenvolvimento:** uma agenda para a reforma. Washington D.C., 1987.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Políticas Sociais: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2006.

BRANDÃO, Maria Helena Nagamine. **Introdução à análise do discurso**. 8. ed. São Paulo: UNICAMP, 2002.

BRASIL. Constituição, 1998. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: DF, 1988.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Plano Plurianual 2004-2007. **Relatório anual de avaliação: ano base 2005**: exercício 2006 / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos -- Brasília: Ministério do Planejamento, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Básica/SAS/MS** - planilha de cobertura, competência de junho de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório do Seminário Nacional sobre política de desprecarização das relações de trabalho no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos>. Acesso em: 18 de mar. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. Romance de formação de um sanitarista: um estudo de caso. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

CASTRO, Janete de Lima; VILAR, Rosana Lúcia Alves; FERNANDES, Vicente de Paula. **Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um desafio para a gestão do SUS**. Rio Grande do Norte, 2004. Disponível em: < http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoPolitica>. Acesso em: 16 de maio 2007.

CASTRO, Janete de Lima et al. **Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho**. Pesquisa Integrante do Plano Diretor 2004/2005 ROREHS/MS/OPAS. 2006.

CHAUÍ, Marilena. **Público, Privado, Despotismo**. In NOVAES, Adauto (org). **Ética**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

_____. **Introdução à história da filosofia**. São Paulo: Brasiliense, 1994. p.354.

CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: José Paranaguá de Santana; Janete Lima de Castro. (Org.). Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde: CADRHU. 1 ed. Natal: Editora da UFRN, 1999, v. 1, p. 361-385.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **Os elos invisíveis do processo de trabalho no Sistema Único de Saúde em Natal** (RN): um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na área da saúde pública nos anos 90. 1998. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1998.

DOIMO, Ana Maria ; RODRIGUES, M. M. A. . "A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal da atuação política. Política & Sociedade. Florianópolis: UFSC. v.3, pp.1-30, out. 2003". Política Sociedade, Florianópolis, v. 3, p. 1-30, 2003.

ESCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde*: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS, 2001. Disponível em: www.opas.org.br/serviços/arquivos. Acesso em: 10 jan, 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Política social do estado capitalista**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho et al. **Organização do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a reestruturação produtiva**. XII Seminário de Iniciação Científica da UESC, 2006. Disponível em: <http://www.uesc.br/atencaoasaude/trabalhos>. Acesso em: 20 jun. 2007.

FILGUEIRAS, Luiz Mattos. História do Plano Real. São Paulo: Boitempo, 2000, p. 84.

FLEURY, Sônia Teixeira. **A questão democrática na Saúde**. In: FLEURY, Sônia Teixeira (Org.). Saúde e democracia*:* a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editora, 1997.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.** Campinas: Editora Unicamp, 1999.

FRANCO, Túlio Batista. Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz (MG). In: MERHY, Emerson. Elias (Org.). **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano**. São Paulo: hucitec, 2003.

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos.** Rio, Paz e Terra, 1976.

_____. **Cartas à Guiné-Bissau**. Registros de uma experiência em processo, 2a ed., Rio: Paz e Terra, 1978.

FRIGOTTO, Gaudênio. **O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa Educacional**. In: FAZENDA, I. Metodologia da Pesquisa Educacional. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1991.

GADOTTI, Moacir. **Pedagogia da Práxis**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2004.
GIFFIN, Karen, SHIRAIWA, Tizuko . O Agente Comunitário de Saúde Pública: A Proposta de Manguinhos. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), v. 05, n. 01, p. 24-44, 1989.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. 7. ed. São Paulo: Loyola, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social** – esboço de uma interpretação histórico metodológico. 11. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

L´ABBATE, Solange. Comunicação e Educação: uma prática de saúde. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: hucitec, 1997.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde:** efeitos sobre a cobertura e a utilização dos serviços. 2000. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

LOURAU, René. Análise Institucional. Petrópolis: Vozes, 1975.

LUZ, Madel Therezinha. **As Instituições Médicas no Brasil**. Instituição e Estratégia de Hegemonia. Rio de Janeiro: Ed. Graal Ltda, 1981.

KARSCH, Ursula M. Simon. **O Serviço Social na Era dos serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

KOSIK, Karel**. Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. Coleção primeiros passos. 20. ed. São Paulo: Brasiliense, [1987?].

MARCUSE, Herbert. Eros **e civilização: uma interpretação filosófica do pensamento de Freud**. 8. ed. São Paulo: Guanabara-Koogan, 1998.

MARX, Karl. **O Dezoito Brumário de Luiz Bonaparte**. Coleção os Pensadores. São Paulo: Editora Abril, 1978.

_____. **O Capital**. Livro I, v.2. 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

_____. **O Capital -** Crítica da economia política. Livro I, v. 1, 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MATTOS, Rubens. Desenvolvendo e oferecendo idéias: **um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial**. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

MENDONÇA, Maria Helena Matias. **Profissionalização e regularização da atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da reforma sanitária**. Revista Trabalho educação e Saúde, v. 2, n. 2, p. 353-365, 2004.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias**. Rev. Ciências Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Programa Agente s de Saúde do Ceará**. Fortaleza: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 1990.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC. 8ª. Edição, 2004.

MISHRA, Ramesh. **O Estado-Providência na sociedade capitalista**. Oeiras: Celta Editora, 1995.

MISOCZKY, Maria Ceci Araújo. **O campo da Atenção a Saúde após a constituição de 1988**: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Dacasa editora/PDGSaúde, 2002.

MORAES, L. **História do Mosaico.** Disponível em: <http:// www.cartaoempvc.hpg.com.br/mosaico.htm >. Acesso em: 20 jun. 2008.

NAKATANI, Paulo. **A questão metodológica na discussão sobre a centralidade do trabalho**. In: Analise Econômica. Porto Alegre (RS), Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, v. 19, n. 35, mar. 2001.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

NETTO, José Paulo; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Roberto Passos et al. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde**. [Texto para discussão 735]. 2000. 33p. Disponível em: < http:// www.ipea.gov.br >. Acesso em: 20 de jun. 2006.

NUNES, Mônica de Oliveira *et al*. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico**. Cad. Saúde Pública. [online], v. 18, n. 6, p. 1639-46, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo> . Acesso em: 12 de nov. 2006.

NUNES, Tânia Celeste Matos. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. 1998.194p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar Monteiro. **Saúde coletiva: uma "nova saúde pública"** ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PANIAGO, Maria Cristina Soares. **Ação da cidadania:** uma análise de seus fundamentos teóricos. Recife, 1997. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1997.

PEDUZZI, M.. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PELIANO, Ana Maria Tibúrcio Medeiros (Org.). **O Mapa da Fome**: Subsídios à Formulação de uma Política de Segurança Alimentar. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

RAGO, Luzia; MOREIRA, Eduardo. **O que é taylorismo**. Coleção primeiros passos. São Paulo: Brasiliense, 1987.

RIGOTTO, Raquel. **Um outro trabalho é possível!** Cad. Saúde Pública, v. 18, n. 5, Rio de Janeiro, 2002.

RODRIGUES, Maísa Paulino; ARAÚJO, Mariza Sandra de Souza. **O Fazer em Saúde:** um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia Saúde da Família. Revista do CEBES, 2003.

RODRIGUES, Paulo Henrique. Um balanço do SUS, próximo da maioridade. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2007, vol.14, n.2, pp. 645-649. ISSN 0104-5970. doi: 10.1590/S0104-59702007000200019.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entram em cena** – experiência e lutas dos trabalhadores na grande São Paulo, 1970-1980. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SENNA, Mônica de Castro Maia. **Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, v. 18, Rio de Janeiro, 2002.

SERRA, Rose Mary Sousa. **A prática institucionalizada do Serviço Social: determinações e possibilidades.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 1986.

_____. Alterações no mundo do trabalho e repercussões no mercado profissional do Serviço Social. In: SERRA, Rose. **Trabalho e Reprodução**: enfoques e abordagens. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: PETRES-FSS/UERJ, 2001.

SILVA, Joana Azevedo da Silva; DAMALSO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber**, **o fazer**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. (a)

_____. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições**: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Rev. Interface, v. 6, n. 10, p.75-96, fev. 2002. (b)

SINGER, Paul. **A precarização é a causa do desemprego**. São Paulo: Folha de São Paulo, Caderno de Finanças, 10 dez, p. 2, 1995.

SIQUEIRA, Elucy Deis. SOUZA FILHO, Edson de. Identidade e Identidade de Classe: Reflexões para pesquisa. In: SIQUEIRA, Deis et al (Orgs.). **Relações de Trabalho, Relações de Poder.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira et al. **O PACS na Bahia**: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Saúde em Debate, 51: 4-15, jun, 1996.

SOUZA, Alina Maria de Almeida et al. **Processo Educativo nos Serviços de Saúde** – Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 1. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS - Representação do Brasil, Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde, Brasília, 1991. p. 245-260.

SPINK, Mary Jane. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS,** Rio Grande do Sul, 2000.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil**. São Paulo Perspec**,** v. 17, n. 1, São Paulo, 2003.

TESTA, Mario. Tendências em Planejamento. In: **Pensar em Saúde**, p. 89-128, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas – ABRASCO, 1992.

_____. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. Tradução de Ângela Maria Tijiwa. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1995.

_____. Analisis de Instituciones Hipercomplejas. In: *Agir em Saúde: um desafio para o público.* São Paulo - Buenos Aires: Hucitec - Lugar Editorial, p. 17-70, 1997.

VIANA, Valdilene Pereira. **A Universalidade do direito à saúde no governo de Fernando Henrique Cardoso** (1995-2002). 2004. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Eu (nome do entrevistado)_____, domiciliado em _____, portador do RG _____ de profissão _____, acredito ter sido informado detalhadamente, através da carta de apresentação do projeto e do que para mim foi dito a respeito dele, sobre a pesquisa intitulada **"A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM RECIFE"**, Recife, 2007, de autoria de Agleildes Arichele Leal de Queirós.

Fui plenamente esclarecido de que, ao responder as questões que compõem esta pesquisa, estarei participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo descrever e analisar os processos de institucionalização do trabalho do ACS no município de Recife, em Pernambuco. E, concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que será preservada a minha identificação assim como as identificações de todas as pessoas referidas por mim. Sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização do mesmo, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar a minha decisão de desistência, da maneira mais conveniente.

Fui esclarecido ainda de que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração. Minha participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza. Minha identificação pessoal será preservada, sendo que autorizo a divulgação dos dados, informações e opiniões por mim declaradas enquanto instrumentos da análise e ferramentas do desenvolvimento da argumentação desse estudo. Eu, e somente eu, posso solicitar esclarecimentos durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

A coleta de dados para a pesquisa será desenvolvida através de entrevista semi-estruturada, respondidos e gravadas, sob a supervisão e orientação da professora Luci Praciano Lima, da Universidade Federal de Pernambuco, e co-orientação de Paulette Cavalcanti de Albuquerque, do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ. Os entrevistas realizadas são de cunho sigiloso e serão arquivados pela pesquisadora durante 5 anos após a publicação da pesquisa. O termo de consentimento livre e esclarecido será assinado pelo pesquisador, em duas vias, que devem ser assinadas pelos sujeitos da pesquisa, ficando uma via com o pesquisador e outra com o entrevistado.

_____, _____ de _____ de 2005.

Assinatura (de acordo)

_____

Participante do estudo

_____

Pesquisadora Agleildes Arichele Leal de Queirós
Telefone: (81) 87614645 ou 32714022 E-mail: liu_leal@yahoo.com.br
Orientadora Luci Praciano Lima
Co-orientada Paulette Cavalcanti de Albuquerque

ANEXO B

Roteiro de Entrevista da Pesquisa
A Institucionalização Do Trabalho Do Agente Comunitário De Saúde Em Recifel
Pesquisadora: Agleildes Arichele Leal de Queirós
Orientadoras: Dra. Luci Praciano Lima;
Co-orientadora: Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Esta pesquisa se constitui na dissertação a ser apresentada ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco como pré-requisito para oG1enção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Para que você conheça melhor o que busco com esta pesquisa apresento os objetivos da investigação:

OBJETIVO:

- Descrever e analisar a institucionalização do trabalho do ACS no município de Recife, em Pernambuco

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Descrever a institucionalização do trabalhador ACS, nos anos 70 e 80;
2. Analisar a inserção do ACS nas políticas públicas no inicio dos anos 90;
3. Analisar as movimentações e os arranjos que significaram o processo de regulamentação do trabalho do ACS;
4. Descrever os processos instituintes e instituídos que produziu a institucionalização do trabalho do ACS, considerando o cenário sócio-político de Recife-PE;
5. Compreender os movimentos organizativos do ACS;

ROTEIRO DE ENTREVISTA:

1. O surgimento e a inserção do ACS, o seu papel político e a sua função social.

2. As transformações históricas que ocorrem nas práticas e no campo de atuação.

3. As relações e as transformações do trabalho do ACS, seu processo de trabalho, seu vínculo, sua profissionalização, sua remuneração, seus direitos trabalhistas.

4. Compreender historicamente o cenário das políticas sociais e como o ACS interage com ele.

5. Compreender como as normas, as orientações político-ideológicas e as relações de poder dos governos impacta na institucionalização do ACS.

6. Analisar o movimento dos ACS's, dos movimentos sociais e dos gestores em relação às estruturas das instituições, as contradições objetivas, e a correlação de forças.

ANEXOS C – Ferramentas de organização do Texto Discursivo

1 FERRAMENTA - FORMAÇÃO DISCURSIVA:

1.

TEXTO **DISCURSO (partes sublinhadas e em amarelo e ponto-chave azul)**	**FORMAÇÃO DISCURSIVA**
TEMÁTICAS QUE EMERGIRAM	
FORMAÇÃO IDEOLÓGICA	

2. FERRAMENTA – EIXO TEMÁTICO:

TEMÁTICAS QUE EMERGIRAM
SUJEITOS **G1, G2, M1...**
1- M1
ACS **Curso : resgate histórico do ACS (1)** **ACS: voluntárias (1)** **Papel e função do ACS (1)...** **CONJUNTURA POLÍTICA** **Casa amarela – igreja – padre Reginaldo (1)** **Governo João Paulo; liberdade maior para se qualificar (1)** **CONJUNTURA DO TRABALHO** **Cooperativas (1)** **Seleção (1)** **Remuneração e direitos trabalhistas (1)...** **SAÚDE** **Diferença da equipe (1)** **Vínculo com a comunidade (1)** **da comunidade (1)**

3. FERRAMENTA - INTERDISCURSOS:

CONJUNTURA DO TRABALHO

1- PRECARIZAÇÃO E GESTÃO DO TRABALHO

- **Valorização do trabalhador (2) profissional(3)**
- **Agente do "Estado" (3)**

Precarização do trabalho(4) Agenda (2)agenda do município(12) Vínculos: precarização (2)

2- CONTRATAÇÃO

- **Contrato temporário (1) (7) (11)**
- **Cooperativa e Cargos comissionário(1) (6) (11) (7) (7) (13)**
- **Vinculação direta: funcionário público(3) (7); Servidor público: estatutários(10) (1) empregador(4) (9) Prestação de serviço público(9); Emprego público(11) (12)**

3- SELEÇÃO

- **Seleção (1) (4) Critérios da seleção(6) (9) (10) de 93 a 2000(7)**
- **Concurso público(9) (1) (2) (6) - vínculo direto(4)**

4- REMUNERAÇÃO

- **Remuneração e direitos trabalhistas (1) (11) (13)**

5- DIREITOS E GANHOS TRABALHISTAS

- **Contradição : direito e deveres (1)**
- **Plano de saúde x SUS (1) (13) (11) Salário e plano de cargos (2)**

6- REGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO

- **Regulamentação específica do vínculo(4) (9) (2) (3)**
- **EC 51; Lei 11.350 (2)**
- **2 PEC : Walter (BA) vínculo federal; Rands(PE) Municipal(4)**