

32º Encontro Anual da ANPOCS

GT 40 – TRABALHO E SINDICATO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

TÍTULO DO TRABALHO:

**TRABALHO FLEXÍVEL E CAPITAL SOCIAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE
A AÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM ARARAQUARA.**

AUTOR:

DAVID PEREIRA

TRABALHO FLEXÍVEL E CAPITAL SOCIAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A AÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM ARARAQUARA.

David Pereira¹

Universidade Estadual Paulista – UNESP FCL/AR

Resumo:

Os agentes comunitários de saúde (ACSs) são uma categoria profissional que vem crescendo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas a ampliação da utilização destes trabalhadores flexíveis trouxe a tona diversos problemas relacionados a sua identidade e representação social para a equipe e para a população atendida. Acreditamos que estes trabalhadores são sub qualificados e mal remunerados frente as atribuições que lhes são imputadas. Esta condição tem gerado ansiedade e um sentimento generalizado de impotência e desprestígio dentro da categoria. Na interação cotidiana com os outros atores que compõe a equipe de saúde da família, percebem que o contraste entre os conhecimentos em saúde que possuem daqueles que os demais profissionais carregam é insuperável. No mais se vêem como incapazes de desenvolver um trabalho educativo e preventivo em saúde que não é devidamente valorizado pela comunidade atendida e nem mesmo pela equipe de saúde.

Temos em mente que o trabalho do ACS pode e precisa ser potencializado. A saída está na requalificação destes trabalhadores e na sua conseqüente profissionalização. Mas também pressupõe uma mudança estrutural no atendimento público em saúde, com a manutenção de serviços especializados e de maior complexidade de qualidade capazes de suprir a demanda da população. Envolve ainda a democratização dos serviços e a ampliação do acesso, com um maior envolvimento da sociedade na condução destas reformas. E finalmente, o Programa de Saúde da Família (PSF) quando implantado em grandes centros urbanos, não pode ficar restrito as suas periferias, o que significa que este modelo de atendimento também precisa ser readequado as necessidades da população.

¹Mestrando do Programa de Pós-graduação em Sociologia da UNESP – FCL/AR
email: dpereira@fclar.unesp.br

Palavras chave: agente comunitário de saúde – Programa de Saúde da Família – capital social – flexibilização – comunidade

Introdução:

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um modelo de atendimento preventivo em saúde estruturado em torno de equipes compostas por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e de seis a doze agentes comunitários de saúde. A proposta do PSF é substitutiva em relação ao atendimento de saúde oferecido nas unidades básicas convencionais, sendo seu trabalho baseado na criação de vínculos afetivos entre os profissionais e os pacientes, e num conhecimento ampliado e detalhado da realidade familiar e social dos usuários. Isso é possível na medida que o número de pessoas atendidas pelo PSF é menor, e porque é sempre o mesmo profissional de saúde que atende os moradores daquela comunidade. Por exemplo, o mesmo médico atende as crianças, adolescentes, adultos, mulheres, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos etc. Este modelo é vantajoso porque permite uma maior resolutividade para os problemas de saúde, identificando as causas deste adoecimento e priorizando a sua prevenção, assim como a promoção da saúde. O ACS é um importante aliado da equipe técnica neste sentido, sobretudo porque ele é recrutado na própria comunidade atendida. Este trabalhador conhece a realidade social da população local, já que sua atividade envolve a realização de visitas domiciliares frequentes. Pode transmitir para a equipe um conjunto de informações que permite um diagnóstico detalhado da comunidade e um planejamento das ações mais específico. Mas o ACS não atua apenas na busca ativas de doentes e grupos de risco, mas também realização de atividades educativas em saúde, individuais e coletivas.

A realização destas atividades pelo agente pressupõe que este compartilhe com os demais membros da comunidade local do mesmo universo lingüístico e cultural, de modo que este trabalhador seja capaz de traduzir conhecimentos biomédicos para uma linguagem mais popular. (NUNES et. al.,2002) Mas pressupõe também que este assimile os conhecimentos transmitidos pelos demais profissionais de saúde, o que esbarra não apenas na capacidade cognitiva do ACS, mas nas fronteiras estabelecidas e defendidas

por cada segmento profissional. (SILVA, 2006) Isso significa dizer que a democratização do processo saúde-doença apregoada pelo Ministério da Saúde com a implantação do PSF, encontra certa resistência por parte dos profissionais e técnicos em saúde. Essa restrição quanto ao que os ACS podem ou não saber é justificada pelo temor de que este trabalhador pode ser tentado a sugerir condutas e tratamentos para determinadas patologias. Mas ao mesmo tempo limita muito a autonomia do ACS, de modo que ele acaba reproduzindo quase que mecanicamente o discurso dos profissionais especializados na área de saúde. Ou seja, o fato de o ACS ingressar numa equipe de saúde sem nenhuma formação biomédica, ou sem saberes sistematizados sobre o pólo mais político e de assistência social, acaba promovendo uma interação passiva deste trabalhador com os demais membros da equipe e com a comunidade. (BACHILLI et. al., 2008)

1. Outras perspectivas de atuação:

O ACS além de ser elo cultural entre a equipe de saúde e a população atendida, também atua como um elo social, estabelecendo laços de confiança com os usuários do serviço de saúde. (LIMA & MOURA, 2005) Estes vínculos pessoais são necessários ao exercício do trabalho educativo, não apenas porque a partir deles você consegue conhecer a intimidade da família e das pessoas, mas também porque eles dão mais credibilidade ao agente e ao trabalho preventivo desenvolvido pela equipe frente a população. Em outras palavras, existe uma preocupação do Programa com a adesão dos pacientes as recomendações dos profissionais de saúde, o que somente é possível quando se estabelece uma relação de confiança entre eles. (NUNES et. al.,2002) E para tanto, o PSF não deve atuar apenas como um serviço reparador ou assistencial, mas como “rede de apoio”. Se partimos do pressuposto que as redes sociais densas, a família e a solidariedade confinada comunitária, foram desarticuladas e enfraquecidas pelo Estado keynesiano e pelo capitalismo monopolista (SERAPIONE, 2008; CASTEL, 1998) - e talvez mais ainda no atual estágio do desenvolvimento capitalista - é possível imaginar que estas podem ser substituídas ou complementadas por outras formas de apoio e controle social.(PORTES, 2000) Nesse sentido, o ACS atuando na linha divisória entre o Estado e a sociedade, conseguiria não apenas inteirar os serviços públicos sobre as reais

necessidades da população, como também promover a responsabilização do usuário sobre a sua própria saúde². Isso é possível a partir do exercício de um controle social que é muito comum em comunidades étnicas, por exemplo, e que envolve no caso do PSF o estabelecimento de laços de compromisso dos profissionais de saúde com seus pacientes.

Uma outra perspectiva de atuação para o agente comunitário é a que podemos denominar mais apropriadamente como “comunitária”. Refere-se a sua capacidade de mobilizar e liderar pessoas, articulando os membros da localidade aonde vivem em torno de necessidades e objetivos comuns. Ainda que neguemos ao ACS a função de representar a comunidade, sabemos que ele tem potencial para atuar como um “agente de transformação”, engajando-se em debates e projetos cívicos.(SILVA, 2006) Devemos mencionar a dificuldade em se buscar tal intento em comunidades urbanas muito heterogêneas e nas quais os laços de reciprocidade e solidariedade são mais frouxos do que nas pequenas localidades ou nas comunidades rurais. Mas esta atuação pode ser o caminho para aumentar os estoques de capital social da comunidade local. (EVANS, 2003; TENDLER, 1998) Este processo que envolve a equipe de saúde da família como um todo, leva ao empoderamento³ dos cidadãos-usuários em dois níveis: na educação para a cidadania e na experiência de participação.

O primeiro envolve a conscientização das pessoas sobre seus direitos e deveres sociais, o que reflete o nível educacional da população e o capital social já existente. Mas também contempla a atividade do ACS, quando este informa e esclarece os usuários sobre o funcionamento dos serviços públicos, sobre seus direitos enquanto “consumidor” destes serviços e sobre as propostas e os objetivos de certas políticas públicas específicas. Devemos ter em mente que um atendimento público em saúde que corresponde as expectativas e necessidades dos usuários, e no qual estes tem poder para intervir (seja

² O trabalho na área da saúde é um caso muito particular de processo produtivo, porque a sua consumação envolve a co-participação de seus consumidores. A produção neste setor – que envolve a cura de moléstias, a melhoria das condições de saúde, a prevenção de doenças etc – somente se realiza quando aqueles que demandam atendimento (pacientes) se propõe a realizá-lo.

³ O empoderamento pode ser entendido como “um processo intencional e contínuo, envolvendo o respeito mútuo, a reflexão crítica, a atenção e a participação, por meio do qual as pessoas a que falta um acesso a uma fatia igual dos recursos obtêm maior acesso e controle sobre tais recursos” A essa definição soma-se outra: “empoderamento é um construto que liga forças e competências individuais, sistemas naturais de ajuda e comportamento proativos com políticas e mudanças sociais.”. (HOROCHOVSKI,2006)

diretamente, seja através da intercessão do ACS ou de qualquer outro funcionário), leva naturalmente estas pessoas a reivindicar um atendimento equivalente (em qualidade) dos demais serviços, o que por si só gera um “círculo virtuoso” que envolve o controle social e a participação dos cidadãos na condução e fiscalização das políticas públicas.

A experiência de participação, quando bem sucedida, tende a reforçar o associativismo e a participação em conselhos deliberativos sobre serviços públicos. Para tanto, o participante deve reconhecer os benefícios desta experiência participativa. Avritzer (1997) apontou alguns obstáculos a esta percepção, entre eles: o número ainda reduzido de associações plurais comparado com o de instituições de caráter corporativo; a negação de um status público para associações que desempenham um papel público; a pequena autonomia dos representantes populares dentro de conselhos deliberativos instituídos pelo poder público – tanto pela ausência de uma formação crítica destes “representantes”, quanto pela forma não democrática de representação; critérios pouco rigorosos na eleição dos membros da população que compõem estes conselhos, o que permite a sua nomeação a partir de critérios clientelísticos, resultando no distanciamento entre esta representação e os interesses da sociedade; a ausência de uma cultura verdadeiramente associativa, de modo que os indivíduos quase sempre não são capazes de vincular os seus próprios interesses com a busca do bem comum.

2.O conceito de capital social

Aprofundar a discussão sobre a participação popular no PSF não é o objetivo deste trabalho. Apenas cabe colocar que a acumulação de capital social é um objetivo implícito na estratégia de atendimento do PSF. Essa interpretação está presente nos trabalhos de Tandler (1998) e Evans (2003) sobre políticas públicas precursoras do PSF, sendo recorrente a ideia de que o Estado é o ator estratégico capaz de incentivar a adoção de comportamentos cívicos por parte dos cidadãos, constituindo a sinergia entre o Estado e a sociedade da qual resulta o bom desempenho institucional. Nesse sentido o PSF é um espaço aberto à participação e ao controle social dos usuários. Os formuladores desta política de saúde reconhecem a necessidade da interação dos serviços públicos e de seus funcionários com a comunidade atendida, não apenas porque estes serviços precisam

identificar com maior precisão as necessidades da população adstrita, mas porque a participação de seus membros na condução do processo de produção da saúde tende a despertar na comunidade maior confiança com relação ao trabalho desenvolvido.

Outros trabalhos como o de Lima (2001; 2005), tratam o conceito de capital social relacionado a atuação do ACS a partir da perspectiva da Sociologia norte-americana. Nesse sentido ele é um atributo de indivíduos que são compreendidos a partir de suas relações estabelecidas dentro de determinadas redes sociais. Corresponde a laços de reciprocidade, informação e confiança estabelecidos pelas pessoas nas suas relações sociais informais e cotidianas, o que determinar se e como as pessoas terão acesso a determinados recursos presentes na sociedade – informações sobre oportunidades de emprego, o acesso a crédito ou determinados nichos de mercado etc, e também o conhecimento sobre o processo saúde-doença. O ACS enquanto detentor deste saber, assim como o são os demais membros da equipe de saúde, pode atuar como fonte disseminadora destas informações consideradas cruciais para a manutenção da qualidade de vida da população. Mas o agente comunitário detém um conhecimento mais aprofundado da comunidade local, das relações sociais que nela se estabelecem e das oportunidades que nela existem; detém uma capacidade relacional, pois foi contratado por (e para) ser capaz de criar laços sociais com os usuários do serviço; são identificados muitas vezes como lideranças locais, participando de associações de moradores, instituições filantrópicas e/ou religiosas etc. Deste modo, a atuação do ACS envolve a permanente criação ou ativação de redes sociais reconhecidas pelos formuladores desta política como de fundamental importância para a melhoria das condições de saúde da população.

3.Trabalho flexível

O capital social presente no trabalho desenvolvido pelo agente comunitário é, simultaneamente, um dos aspectos que caracteriza a sua ocupação como flexível. (LIMA, 2005) E a única habilidade específica exigida deste trabalhador é a posse de competências transversais – facilidade para comunicação e para trabalhar em equipe. Os outros requisitos que são residir na área de cobertura do PSF e ter cursando com

aproveitamento um curso de formação inicial fora do local de trabalho, também diferenciam a sua atividade de ocupações típicas do serviço público. Considera-se que com a contratação do ACS como funcionário público “o vínculo comunitário seria rompido pela cultura institucional do funcionalismo, com afastamento progressivo da comunidade e consequente afrouxamento do controle social previsto no programa.” (LIMA & MOURA, 2005, p.7)

Por sua vez, as expectativas criadas a cerca das atividades realizadas por esse trabalhador deram margem a adoção de formas contratuais regressivas e precárias. De acordo com a avaliação normativa do PSF (2004), realizada pelo Ministério da Saúde, apenas 27.7% dos agentes comunitários do Brasil eram contratados como funcionários públicos estatutários ou celetistas. Os outros 72,3 % eram representados por trabalhadores com vínculos precários, sendo significativa a porcentagem de trabalhadores contratados como temporários (30,2%), como prestadores de serviço (11,6%) e informais (10,7%).

Uma opinião ainda muito corrente e que encontra respaldo no estudo de Nogueira et. al. (2000), defende a contratação do ACS sempre que possível, como empregado celetista de entidades privadas não-lucrativas, mediante convênios com a Secretaria de Saúde do município. Deste modo, apostou-se na terceirização como a alternativa capaz de reverter a condição de precariedade no trabalho do ACS sem comprometer o controle social previsto no Programa – o que significa dizer que o ACS podia ser desligado do PSF quando denunciado por moradores quanto a não realização de suas atribuições, dentre elas a de visitar as famílias mensalmente.

A posição das entidades representativas da categoria, avalizada pelo Ministério Público do Trabalho (MPT), é de que a atividade realizada pelo ACS é finalística dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, e de que portanto estes trabalhadores devem ser contratados como funcionários públicos. A estratégia que o MPT encontrou foi pressionar os gestores a buscarem uma solução para a situação considerada como de ilegalidade, ameaçando impedir o repasse de recursos que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) fazia mensalmente para os municípios pagarem os salários dos ACSs. Os gestores da saúde, por sua vez, argumentam que a contratação dos agentes causaria tamanho

impacto na folha de pagamento das prefeituras, que a obediência a Lei de Responsabilidade Fiscal⁴ estaria comprometida. No mais, o concurso público não pode exigir que o candidato tenha residência prévia em determinada região nem que ele continue morando naquele local após a contratação. As prefeituras seriam, portanto, obrigadas a abrir mão da exigência de que os ACSs morassem na comunidade em que atuam.

Procurando garantir a legalidade na seleção e contratação dos ACS em conformidade com as diretrizes do PSF, a emenda constitucional n.º 51/06 permitiu a criação do processo seletivo público, como alternativa ao concurso público, especificamente para o caso dos ACSs e dos agentes de combate às endemias. Como se trata de uma modalidade jurídica nova, ainda não existe uma definição precisa do que seja um processo seletivo público. A alteração no texto constitucional está localizada no artigo 198, localizado na Seção II (da Saúde). Deste modo, existiu a preocupação de não fazer do caso específico dos ACSs um precedente para a flexibilização do concurso público como forma de contratação de servidores públicos.

A lei n.º 11.350/06 estabelece que os ACSs deverão ser contratados por vínculo CLT – exceto nos casos em que alguma lei local determinar outro regime jurídico – mas sem direito à estabilidade e outros benefícios garantidos pelo regime estatutário. O parágrafo único do artigo 10 da lei determina que o ACS poderá ser demitido caso não cumpra o requisito de residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público. Também pode ter seu contrato rescindido por necessidade de redução de quadro de pessoal ou por insuficiência de desempenho. No caso específico de Araraquara, uma lei municipal de 2006 obriga a prefeitura a contratar todos os ACS da cidade como trabalhadores celetistas com vínculo empregatício direto.

Mas um dos maiores problemas destas duas leis diz respeito à formação do ACS - que deve concluir um curso introdutório de formação inicial e continuada. Uma das consequências possíveis é que se invista apenas o mínimo necessário para evitar a ilegalidade. Nesse caso, alguns municípios podem optar apenas pela formação inicial dos

⁴ Dentre outras coisas, determina que a despesa total com pessoal não poderá ser maior do que 50% da receita corrente líquida da União e 60% dos estados e municípios, a cada ano.

seus agentes, o que significaria um retrocesso em relação ao debate público e coletivo que identificou a necessidade de um curso técnico.

A desvalorização da dimensão conceitual (certificação profissional) na qualificação do ACS, justificada pela necessidade deste trabalhador ser representativo da comunidade em que atua, promove a desvalorização social desse trabalhador. Sustenta a sua baixa remuneração e contrapõe-se a proposta de melhorar a qualificação dos trabalhadores da saúde, de um modo geral. Também permite o “desvio de função” no sentido de responsabilizá-lo pela execução de atividades burocráticas, na medida em que o trabalho do ACS é tido como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser direcionado para atividades que supostamente exigem pouca qualificação.

Desse modo à capacitação em serviço, justificada pela necessidade de se aproximar a escola do serviço, e cujos conteúdos variam em função dos problemas locais - em que a avaliação pauta-se nas atividades realizadas no serviço e o material educativo estrutura-se em torno das ações a serem realizadas -, podem implicar na redução do conhecimento à realização de atividades e a extinção do espaço da escola em favor do serviço. (MOROSINI et. al., 2007) Porém a intenção do Ministério da Saúde com a definição de um Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (2004), parece ser a elevação da escolaridade do ACS. Tratar-se-ia de uma “formação que, ao mesmo tempo, valoriza o serviço enquanto espaço formativo e constrói um itinerário formativo visando à profissionalização técnica.” (MOROSINI et. al., 2007, p.272) Em julho de 2004, a proposta de habilitação técnica para a profissão foi aprovada em parecer do Conselho Nacional de Educação – CNE.

Bachilli et. al.(2008) consideram que do ponto de vista do sistema capitalista, os profissionais que agregam ao trabalho valores que não são dimensionáveis (e que portanto não tem preço) como compaixão, sensibilidade, compromisso, não são pagos. Mas talvez estejamos experimentando um processo de mercadificação das formas de ajuda mútua informal em torno de novas “jazidas de emprego” , que constituem uma alternativa mais barata aos “serviços de reparação” que são obra de especialistas dotados de uma competência técnica sofisticada. (CASTEL, 1998) Não que a preocupação de promover uma “economia solidária”, de ligar a questão do emprego à coesão social, de

criar vínculos, ao mesmo tempo que atividades, entre as pessoas, não seja louvável. Porém, o objetivo a ser perseguido é a integração das pessoas à sociedade a partir do reconhecimento de sua utilidade social.

A atividade do ACS é gratificante na medida em que este trabalhador, tendo um pendor natural para a ajuda, consegue efetivamente melhorar a qualidade de vida de uma parcela da comunidade. Mas também pode ser depreciativa quando a identidade comunitária do agente, detentora de espaço, saber e linguagem próprios, confronta-se com as concepções e sentimentos do resto da equipe. Outro aspecto que merece ser ressaltado é a disputa de poder que se instaura quando o ACS passa a dividir, e mesmo disputar, o seu lugar de prestígio na comunidade com os outros membros da equipe.

Observa-se que a formação que [os ACSs] recebem lhes dá um sentimento orgulhoso de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular que dispunham previamente, o que lhes confere prestígio social, uma vez que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade. Ao mesmo tempo, esse processo gera ansiedade quando o ACS compara o seu conhecimento com o de outros profissionais da equipe. [...] A posição do ACS [...] revela-se ainda mais crítica quando se compara o seu salário com o de outros membros da equipe[...] (NUNES et. al., 2002, p. 1641)

4.O ACS e as políticas públicas de saúde

A atividade de “visitadores sanitários” (responsáveis pelo levantamento das causas do adoecimento das pessoas e realização procedimentos curativos e educativos) remonta a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – F.SESP (1960), vinculada ao Ministério da Saúde. Atividades como abordagem integral da família, a utilização de pessoal auxiliar para ampliar a cobertura da população, o trabalho com a comunidade, a oferta organizada de serviços de saúde na unidade e no domicílio, a educação para a saúde, a educação continuada para os profissionais etc, são precursoras na criação de modelos para as propostas de ampliação de cobertura para populações específicas, de práticas, de diretrizes e princípios que hoje, se colocam no PSF. Cabe ressaltar que esse visitador realizava “atendimentos de enfermagem”, ou seja, procedimentos técnicos que hoje são

da competência de profissionais cuja atividade é regulamentada. Ao contrário do PSF, a ênfase do trabalho do F.SESP, para os resultados serem obtidos, não era no agente e sim na programação oferecida. (SILVA, 2006) Outra diferença importante é que o visitador da F.SESP não era recrutado na população local atendida.

Outros programas se seguiram, como o PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, etapa Nordeste (1976-1979) e Vale do Ribeira (1980-1985), o Programa de Agentes de Saúde do Ceará (1987). Nestas estratégias, de um modo geral, percebemos o surgimento do perfil de agente comunitário de saúde como hoje o identificamos no PSF, bem como o amadurecimento das idéias norteadoras do programa.

Segundo Ferraz & Aertz (2005), na década de 1990 os Ministérios da Saúde da América do Sul receberam apoio financeiro de agências internacionais para que começassem a capacitar e utilizar os agentes comunitários. Outro fator que teria contribuído para a inserção destes trabalhadores nos serviços de saúde foi que médicos e enfermeiras não se dispunham a trabalhar em zonas rurais e periferias, sendo que um agente bem preparado poderia desenvolver cuidados básicos em saúde. Duas políticas implementadas pelo Ministério da Saúde brasileiro na década de 90 eram focalizadas no atendimento destas populações: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991, que ficou restrito inicialmente as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; e o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 e que permitiria a extensão do trabalho do ACS para o restante do país (concomitantemente ao PACS). A diferença básica entre os dois programas é que o PSF, além de incorporar o trabalho do agente comunitário de saúde (ACS), também pressupõe uma reorientação da atenção básica que rompe com o modelo médico hegemônico, envolvendo toda a equipe de saúde com o desenvolvimento do trabalho preventivo.

5. A reorientação do atendimento em saúde

Antes de 1988, a assistência em saúde era a contraprestação do Estado aos trabalhadores que contribuía para o sistema de previdência social. Pensando numa tipologia de modelos de financiamento do atendimento em saúde, Piola (2001) trabalha

com o modelo contributivo ou germânico, ancorado no financiamento por cotização de trabalhadores e empresários, e o modelo assistencial ou anglo-saxão, financiado por impostos gerais.

Na América Latina [...], diversos países optaram pela combinação desses dois modelos clássicos. Assim, paralelamente a um sistema de seguridade social de cobertura restrita ao setor formal da economia, agregaram, em geral por meio dos respectivos Ministérios da Saúde, redes públicas [...] com o propósito de cobrir o restante da população. O resultado, na maioria dos casos, tem sido a configuração de modelos desiguais e segmentados, nos quais as prestações da previdência social são muito superiores àquelas proporcionadas pelos Ministérios de Saúde Pública. (PIOLA, 2001, p.14)

É com a promulgação da nova Constituição Federal, que a saúde passa a configurar subsistema do sistema de seguridade social. As ações e serviços públicos de saúde passaram a constituir o Sistema Único de Saúde (SUS), com financiamento público, direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) e participação da comunidade na condução e controle do sistema. Cabe ressaltar que o SUS rompe com o sistema dualizado existente até então, que desvinculava as atividades preventivas e de promoção da saúde, da assistência propriamente dita. A atenção básica era negligenciada em proveito de um modelo de atendimento centrado na oferta de especialidades clínicas. Ao Ministério da Saúde competia apenas executar ações de vigilância em saúde, por meio de inúmeras atividades fragmentadas e descontínuas. O SUS nesse sentido, pode ser entendido como uma reivindicação histórica e uma conquista dos profissionais de saúde e do movimento sanitário. A saúde passa a ser conceituada como um direito público subjetivo, é direito de todos e dever do Estado. Pela primeira vez verificamos a universalidade da cobertura e do atendimento.

Entre os pontos básicos do sistema figuram: caráter descentralizado da gestão administrativa; a integração da rede pública de serviços num sistema único; o financiamento pelo orçamento da seguridade social assim como por outros orçamentos nas três esferas de governo; a participação da iniciativa privada em caráter complementar; a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e

condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social (alimentação, moradia, saneamento básico, meio-ambiente, transporte, trabalho, renda e lazer). Além desse tratamento legislativo específico, a Saúde ficou numa posição relevante, decorrente da prevalência concedida no texto da Carta Magna, à ordem social em relação à ordem econômica. (CARVALHO & SANTOS, 1995)

A gestão hierarquizada dos serviços de saúde que vigorou até o início da década de 80, inspirada no modelo burocrático weberiano, buscando garantir a uniformização de procedimentos de corte democrático, promoveu na verdade o distanciamento entre usuários e serviços públicos e padronização de respostas. Este modelo que era inspirado no Estado de bem-estar, também não conseguiu impedir que expressivos contingentes da população ficassem à margem dos programas sociais. A percepção deste quadro ampliou os debates sobre a reforma da ação do Estado englobando na sua agenda a democratização dos processos decisórios e a equidade dos resultados das políticas sociais. Sob o impacto da crise fiscal, também passam a ter maior relevância as preocupações com a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação estatal, assim como com a qualidade dos serviços. Desse modo, no início da década de 90 procurou-se integrar as duas agendas, democrática e neoliberal, buscando novas formas de articulação do Estado com a sociedade civil e o mercado visando garantir a provisão dos serviços públicos, ampliar a participação e democratizar o acesso. (FARAH, 2000)

As leis orgânicas da saúde promulgadas neste período, estabelecem que a saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis a seu pleno exercício. Porém este dever do Estado não exclui a responsabilidade das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Dentre os princípios e diretrizes do Sistema de Saúde, destacamos ainda: a integralidade como uma atenção individualizada, ou seja, para cada caso, segundo as suas exigências; a preservação da autonomia do indivíduo na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade da assistência que pressupõe equidade no atendimento; regionalização e hierarquização.

A organização do atendimento no Brasil constitui sistemas públicos administradores de contratos nesses sistemas. O setor público já não se constitui na principal fonte de financiamento e progressivamente, abandona a condição de prestador

direto e passa a contratar serviços com entidades autônomas públicas e privadas. Depois da unificação do setor público de saúde tradicional com a assistência médica da Previdência Social, é crescente a participação do seguro privado, configurando, assim, outra forma de segmentação diferente da que caracterizava o modelo anterior. (PIOLA, 2001)

O Banco Mundial (1993) propôs um enfoque triplo para a direção das políticas oficiais de saúde que corresponde as propostas básicas em voga no PSF: fomentar um entorno que permita às famílias melhorar sua saúde; aprimorar a eficiência do gasto público em saúde; promover a diversidade e a competição. Seus objetivos eram: expandir a cobertura e aumentar o grau de equidade (em particular nos grupos de menor renda); garantir a qualidade dos serviços e satisfação dos usuários, mediante o monitoramento do desempenho, criação de mecanismos de defesa dos usuários etc; viabilidade fiscal e financeira do sistema de saúde; estabelecimento de novos papéis para o setor público – contratando a provisão de serviços assistências e concentrando-se em políticas públicas de promoção e proteção da saúde. “Ao garantir a vigilância sanitária e epidemiológica, as funções típicas do Estado passam a ser: financiamento, regulação e disseminação de informações, esta última visando reduzir a assimetria entre prestadores e usuários.” (PIOLA, 2001, p.19)

Recuperamos este debate sobre a criação do SUS porque do ponto de vista dos formuladores do PSF e de muitos gestores e trabalhadores do sistema de saúde brasileiro, passados vinte anos da promulgação da Constituição de 1988, os princípios e diretrizes do SUS ainda não foram consolidados. O PSF seria o modelo de atendimento capaz de concretizar essas propostas. Mas na verdade verificamos a substituição de um sistema dualizado por outro; se antes era inserção do indivíduo no mercado de trabalho formal que dava acesso a assistência médica a partir do sistema de seguridade social, hoje é posse de recursos financeiros que muitas vezes possibilita o acesso a um atendimento em saúde com profissionais mais especializados e com recursos tecnológicos mais sofisticados.

Esta discussão é muito complexa, e não pretendemos aprofundá-la. Mas podemos afirmar que a ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde ainda é restringida por

uma série de obstáculos – a burocratização no atendimento, a carência de profissionais e de insumos, a irregularidade na oferta de serviços etc. A integralidade e a equidade no atendimento ainda não foram alcançadas, o que é consequência tanto da forma como este trabalho está organizado, quanto da carência de profissionais com boa formação profissional e realmente motivados. Mas o que realmente interessa para nós neste momento é ressaltar que a culpa por esse “fracasso” na visão dos gestores e grande parte dos profissionais da saúde, recai sobre os próprios trabalhadores. A mudança na gestão de recursos humanos é enfatizada, envolvendo procedimentos à muito tempo utilizados no setor privado.

6. Gestão do trabalho no SUS

A flexibilização dos serviços públicos tem duas dimensões: uma institucional, consubstanciada na descentralização das atividades administrativas; e outra operacional, manifestada tanto na terceirização de procedimentos e contratos de trabalho, quanto na gestão de recursos humanos que enfatiza a qualificação permanente, a polivalência funcional e a posse de competências “transversais”. Esta reforma do setor público está em consonância com as orientações das agências internacionais multilaterais de desenvolvimento, obedecendo a lógica de ampliação da eficiência e qualidade dos serviços prestados. “O controle dos gastos públicos passa a ser prioritário frente aos investimentos, limitando a intervenção estatal na economia e imprimindo novo formato as políticas públicas.” (LIMA & MOURA, 2005, p.3) Pretende-se co-responsabilizar as diversas instâncias governamentais e da sociedade através da participação dos grupos sociais organizados na definição, implementação e fiscalização das políticas públicas. Mas esta política, que também contempla a flexibilização de normas e procedimentos típicos do serviço público, deixa de ser encampada exclusivamente por partidos e intelectuais de ideologia liberal – com a possível exceção das privatizações.

A descentralização parte do pressuposto de que os governos locais e regionais teriam maior flexibilidade de adaptação aos fluxos globais. Também por estarem mais próximas dos cidadãos, essas instâncias possibilitariam a população um maior controle das políticas estatais e do uso das verbas públicas. O município seria o espaço central na

busca de soluções dos problemas dos cidadãos e patrocinador de uma maior interação entre Estado e sociedade. A descentralização possibilitaria a substituição do Estado pela sociedade em diversas situações, sendo que aquele assumiria o papel de interventor e negociador em situações que demandem uma atuação mais efetiva. Ele passaria a ter um papel coordenador nos vários níveis de governo articulado a organizações da sociedade civil. “A reforma pressuporia, igualmente, a modernização tecnológica e transparência administrativa com o fim do funcionalismo público tal como se apresenta na atualidade e sua transformação em agentes de administração.” (LIMA & MOURA, 2005, p.4)

O setor da saúde no Brasil tem passado por um processo de reestruturação desde a implantação do SUS. No curso dos anos 90, suas políticas de gestão dos recursos humanos tem promovido o dissenso entre gestores, formuladores de políticas e trabalhadores. Assim como grande parte dos países do mundo, o Brasil tem vivido uma crise em seus sistemas de saúde, marcada pela ineficiência, iniquidade e insatisfação da população. Estes problemas seriam oriundos da falta de correlação entre a implementação de gastos e níveis de saúde. Deste modo, em termos gerais, quem mais precisa é quem teria menos acesso aos serviços.

Em estudo realizado por Gilson Carvalho, publicado na Folha de São Paulo (WESTIN, 2008), a participação do SUS no financiamento da saúde caiu de 61,6 % em 1995, para 49% em 2007. Pela primeira vez o setor privado, no qual estão os planos de saúde, superou o poder público em volume de recursos. Essa menor participação confirmaria que a saúde pública vai mal porque simplesmente falta dinheiro. A discrepância é maior se pensarmos que os planos privados têm pouco mais de 39 milhões de clientes, contra os 140 milhões de brasileiros que dependem exclusivamente do SUS. Em termos absolutos, as verbas para a saúde pública tem aumentado. Comparando os anos de 1995 e 2004, o gasto per capita passou de 293 para 590 dólares internacionais. Mas este aumento talvez nem tenha conseguido acompanhar a inflação da saúde. E no mais, a mudança no perfil demográfico da sociedade brasileira, com a elevação na proporção de idosos – que demandam mais tratamentos -, aumentou também os custos para os cofres públicos.

Uma outra visão é a de que a crise não é resultado dos escassos recursos destinados à saúde, na medida em que essa crise existe em países que gastam mais em saúde do que o Brasil. O problema seria a irracionalidade técnica, a ineficiência na alocação de recursos e na produção de serviços. Assim, a resposta estaria na contenção de custos e a distribuição de recursos que busque maximizar os ganhos para a sociedade, com medidas como: focalização, pacotes básicos de serviços, controle de incorporação de equipamentos biomédicos, mudanças nas formas de pagamento aos prestadores de serviço, organização da oferta por meio de parceria público/privada.

Uma terceira corrente teórica, mesmo acreditando que estas medidas são necessárias, defende a tese de que a saúde passa por uma crise estrutural, provocada pelo esgotamento do modelo médico hegemônico. Para que o SUS se afirme como espaço de saúde, seriam necessárias mudanças na própria concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária, a “vigilância da saúde”.

As políticas de recursos humanos na saúde enfrentam hoje grande instabilidade decorrente de confrontos de valores à cerca dos rumos a tomar diante das transformações recentes na esfera da gestão do trabalho do SUS, que já se encontra de certa forma flexibilizado. Existe atualmente uma grande diversidade de modalidades de vínculos no setor: regime estatutário, regime celetista, contratos temporários de trabalho, comissionamento, credenciamento tradicional de médicos (com abonos e incentivos), terceirização dos serviços de apoio e de atividades típicas da saúde, triangulação na contratação de profissionais (através de universidades, instituições filantrópicas ou lucrativas, associações comunitárias etc.).

Adicionalmente, vale ressaltar que a multiplicidade das modalidades de contratação não são inovações na área de gestão do trabalho em saúde. [...]O fato realmente novo é a proliferação crescente, nos últimos anos, de uma multiplicidade de modalidades de inserção e gestão dos profissionais e a identificação dessas enquanto eixos centrais da política estrutural para o setor saúde. (TEIXEIRA, 1999, p.50)

7. O reverso da flexibilização

A flexibilização pode ser considerada “positiva” a partir do maior controle do processo de trabalho pelo trabalhador, por causa da formação continuada com permanente qualificação, certa autonomia decisória, polivalência funcional e o trabalho em equipe. Envolveria a retomada criativa do controle sobre o trabalho realizado e um maior envolvimento na sua execução. “O reconhecimento da importância do conhecimento do trabalhador dos processos de trabalho e sua relativa desespecialização torna-se um fator de aumento da produtividade e qualidade do trabalho realizado.” (LIMA & MOURA, 2005, p.3)

Entretanto, a difusão deste modelo toyotista significou a mescla deste objetivos em torno da autonomia e conhecimento do trabalho, com formas tayloristas numa infinidade de adaptações. Com isso temos a precarização do trabalho, com a desregulamentação das relações de trabalho, a supressão de direitos, o fim da estabilidade no emprego, a adoção de contratos de trabalho temporários, parciais e terceirizados, e a própria eliminação do contrato e sua substituição por formas de prestação de serviços. O emprego público pode se considerado como uma das últimas trincheiras do emprego “fordista”, se o pensarmos enquanto relações de trabalho estáveis, com contratos de trabalho por tempo indeterminado e direitos sociais protegidos. Mas não resistiu ileso: a própria estabilidade do funcionalismo já se encontra de certo modo flexibilizada.

Como já apontamos, a flexibilidade se apresentou como fórmula capaz de se contrapor as formas rígidas da burocracia e os males da rotina cega. Exige do trabalhador que ele seja ágil, que se adapte com facilidade a novidades e mudanças a curto prazo, que assuma riscos continuamente, que dependa cada vez menos de leis e procedimentos formais. (SENNETT, 2001) Este autor é obviamente crítico ao regime de acumulação flexível, mas sem defender a continuidade ou o retorno a velha ordem econômica fordista-keynesiana. Está empenhado sobretudo na denuncia que esta nova economia impõe novos controles e que a aparente sensação de liberdade esconde uma incapacidade dos trabalhadores em moldarem suas próprias vidas.

A antiga estrutura burocrática, racionalizando o uso do tempo a partir de regras de antiguidade e de leis que organizavam a pensão do governo, propiciava uma história de vida nítida para quem a vivenciava, com a experiência acumulada material e fisicamente.

O trabalhador se sentia como o autor de sua vida, possuidor de um senso de respeito próprio. Na atualidade os trabalhadores receiam estar perdendo o controle sobre sua própria vida. Estão engessados por uma nova série de exigências relacionadas a: horários flexíveis de trabalho; execução de uma série de tarefas antes delegadas ou compartilhadas; não ter um papel fixo que lhe permita dizer: “é isto o que eu faço”. Mas a mais profunda preocupação é a de não poder oferecer a substância de sua vida de trabalho como exemplo de conduta ética. “As qualidades do bom trabalho não são as mesmas do bom caráter.” (SENNETT, 2001)

O caráter expresso como “valor ético que atribuímos aos nossos próprios desejos” e as nossas relações com os outros, se concentra sobretudo no aspecto a longo prazo de nossa existência emocional. É expresso pela lealdade e o compromisso mútuo, pela busca de metas a longo prazo. Estes atributos não são mais compatíveis com a esfera do trabalho. Afinal se o caráter corresponde aos traços pessoais que damos valor em nós mesmos, como decidir o que tem valor duradouro numa sociedade impaciente e que se concentra no momento imediato? O próprio antagonismo entre o capital e o trabalho, concretizado a partir de estruturas nítidas de poder e de hierarquia, desempenhava um papel positivo e integrador. Mas as organizações atualmente operam como redes frouxas e não como um rígido comando de cima para baixo. Caracterizam-se pela “força dos laços fracos”, pelas formas passageiras de associação que seriam mais úteis para as pessoas que as ligações de longo prazo. Esses laços se concretizam no trabalho em equipe, em que a equipe passa de tarefa em tarefa e muda de pessoal no caminho. O distanciamento e a cooperatividade artificial são uma blindagem para lidar com as atuais realidades. É a dimensão do tempo do novo capitalismo que mais diretamente afeta a vida emocional das pessoas fora do local de trabalho. (SENNETT, 2001)

O uso de um único conjunto de qualificações no decorrer de uma vida de trabalho está fenecendo. E a força de trabalho é cada vez mais contingente.

No seio da própria empresa, a corrida à eficácia e à competitividade acarreta a desqualificação dos menos aptos. A “administração participativa” exige a mobilização de competências não apenas técnicas, mas também sociais e culturais, que pegam no contrapé a cultura profissional tradicional de uma

maioria de assalariados. [...] a formação permanente pode funcionar como uma seleção permanente. (CASTEL, 1998, p. 519)

Conclusões:

O trabalho do ACS é o centro de propostas de reorganização do atendimento básico de saúde. Vincula-se ao discurso de gestores quanto ao aumento da eficiência dos serviços, mas não está claramente associado a uma proposta neoliberal. O que se percebe é um investimento na ampliação da cobertura e integração entre os serviços que coloca o Estado numa posição privilegiada. A ênfase na co-responsabilização da sociedade civil não isenta o Estado. Porém, a migração de um grande número de usuários do SUS para o setor privado deixa claro que os serviços públicos de saúde não são capazes de atender toda a população. Em segundo lugar, é patente a falta de profissionais especializados e a carência de recursos tecnológicos avançados em operação no SUS, o que compromete a qualidade do atendimento prestado.

O PSF foi implementado em Araraquara a partir de 2000. O poder público vem trabalhando em prol da fixação dos profissionais nas equipes de saúde, sobretudo os médicos. Para tanto, além de receber incentivos financeiros para que se dediquem exclusivamente ao Programa, são submetidos a treinamentos contínuos voltados para as ações desenvolvidas nos PSF. O ACS é o trabalhador mais requisitado para a “educação permanente”, primeiramente para que ele possa ser porta-voz das propostas do programa junto à comunidade atendida. Em segundo lugar para que ele consiga, dentro dos limites de suas atribuições e competências, resolver ou dar encaminhamento aos problemas que encontra. Contratado por possuir um determinado “capital social” ele deve ser capaz de utilizá-lo para ter credibilidade frente as famílias atendidas. Buscando ser o elo entre a comunidade atendida e os serviços públicos, ele atua como um trabalhador híbrido: utiliza a mesma linguagem que a comunidade e compartilha com esta certas noções comuns sobre saúde, ao mesmo tempo em que atua como agente institucional, transmitindo conhecimentos e valores reproduzidos internamente pelos profissionais de saúde.

Percebemos que esta indefinição na identidade do ACS promoveu o seu distanciamento e a perda de credibilidade em relação aos dois pólos que seu trabalho

seria capaz de unir: a comunidade e a burocracia estatal. Na interação com a comunidade, a identificação do ACS poder público não lhe atribuiu o status esperado⁵. Fora isso, existe a desconfiança de uma parcela da população quanto a atuação do agente comunitário, entendendo-a como uma ingerência ou bisbilhotice em assuntos domésticos e familiares. Simultaneamente, ela tende a responsabilizar o ACS por deficiências e imperfeições existentes no Sistema de Saúde. Essa transferência de responsabilidade acontece com os demais profissionais que atuam no PSF, mas no caso específico do agente comunitário, existe para muitos usuários uma associação mais direta entre o trabalho realizado e a constrição no acesso a outros serviços. Ou seja, o trabalho do ACS (e da equipe de saúde) é visto como substitutivo ao modelo de atendimento até então em voga. Essa na verdade é a proposta do PSF, com a diferença que a população acredita sair perdendo.

Esta “receptividade” por parte da população fez com que o agente comunitário mudasse sua abordagem com os usuários do PSF. Ainda é difícil mensurar até que ponto a condição de funcionário público interferiu nesta mudança. Sabemos que o exercício do controle social pela comunidade foi enfraquecido. Mas esta fiscalização, muitas vezes, ficava restrita a observância das visitas domiciliares mensais e de certas orientações protocolares. Deste modo, acreditamos que a mudança na forma de atuar do ACS deveu-se muito mais a pouca aceitação da população ao seu trabalho. Essa condição motivou o ACS a se relacionar com a população de um modo diferenciado, priorizando a conquista de vínculos de confiança, amizade e respeito com os usuários que o destacam do restante da equipe. Sabemos que estes laços são desejáveis e absolutamente necessários a um modelo de atendimento em saúde preventivo que está pautado na disseminação de hábitos saudáveis de vida. Porém, o que observamos é que a conquista deste bom relacionamento com a comunidade pressupõe o abandono de certas prerrogativas atribuídas ao ACS – relacionadas com a vigilância e promoção da saúde.

⁵ Para os moradores de localidades que não tem acesso a rede de serviços públicos, a atividade dos agentes comunitários é uma forte manifestação da presença do Estado. Nesta condição estes trabalhadores são muito estimados e respeitados. E a medida que as orientações e cuidados básicos oferecidos pelos agentes melhoraram substancialmente as condições de saúde da população, esta reputação foi aumentando. O mesmo não aconteceu na área urbana de Araraquara, cidade que já contava com um atendimento mais estruturado.

Essa forma de atuação ganha destaque e se dedica a uma interação que não é pautada apenas por propósitos objetivos. Ou como diria Simmel (1983), “o impulso da sociabilidade” extrai das realidades da vida social o puro processo da sociação com um valor apreciado, e através disso constitui a sociabilidade no sentido estrito da palavra. As verdadeiras motivações da sociação, condicionadas pela vida, não tem importância para a sociabilidade. A conversa é desse modo à realização de uma relação que não pretende ser nada além de uma relação – isto é, na qual aquilo que usualmente é a mera forma de interação torna-se seu conteúdo auto-suficiente.

Poderíamos a partir desta interpretação, tentar negar a utilidade dos vínculos sociais criados pelo ACS à estratégia do PSF – que faz crer que o acesso da população a um atendimento de saúde integral, resolutivo e humanizado depende da intermediação dos agentes. Mas nosso objetivo é outro: entender o que faz o ACS valorizar este tipo de sociabilização. E principalmente, apreender como essa relação interfere na representação que o ACS faz de si e do seu trabalho.

Já fizemos algumas considerações a esse respeito, destacando a sub qualificação dos agentes como o principal motivo de depreciação do seu trabalho. Alguns estores e educadores da Secretaria Municipal de Saúde discordam, creditando o problema ao modelo médico hegemônico sedimentado na concepção popular e na própria conduta dos profissionais de saúde. Portanto é a incompreensão generalizada sobre a estratégia de atendimento preconizada, a excessiva demanda da população pela medicina curativa e a falta de envolvimento dos profissionais, que obstam a concretização do Programa de Saúde da Família. Tudo o que se refere a conformação da identidade e representação social do ACS é reflexo do trabalho realizado.⁶

Se levarmos em consideração que a atividade de prevenir doenças e promover saúde é atribuição de todos os profissionais de saúde, talvez encontremos nela um campo

⁶ Nesse sentido, a visão da população sobre o trabalho do ACS pode ser o reflexo de como a própria equipe enxerga este trabalho. Se o agente é convocado para ajudar em atividades internas da unidade de saúde, tidas como de baixa complexidade, isso passa a impressão de que ele é um trabalhador sem qualificação. Se os profissionais de saúde passam para o ACS informações sobre a saúde do paciente que são indispensáveis à realização de um trabalho preventivo, a percepção do agente é de que a equipe não valoriza o seu trabalho. Por sua vez, a tendência da população valorizar mais as recomendações de médicos e enfermeiras é reforçada quando estes profissionais se dedicam à realizar atividades que caberiam ao ACS.

de disputa. Nesse processo podemos afirmar que o ACS esta apenas no início de um processo de auto-afirmação. Dentro da equipe de saúde ele é o que detém menos conhecimento técnico. Portanto o agente, dentro da distinção estabelecida por Arendt, executaria um “labor”, uma ocupação, e não um “work”, um trabalho com o qual se pretende produzir ou realizar algo que permaneça por mais tempo do que aquele despendido na sua própria realização. Mas por outro lado, ouvimos muitos relatos sobre como o agente conseguiu concretamente proporcionar maior qualidade de vida para as muitas pessoas. Este fato não é ignorado pelos agentes, pela equipe de saúde e pelos usuários, mas podem ser ofuscados nas interações cotidianas entre os atores.

Nas empresas, de um modo geral, verificamos que a promessa de maior autonomia para os empregados e de recomposição do trabalho, não foi completada. Ao contrário, o que acontece é uma intensificação do ritmo de trabalho na esteira da inovação tecnológica. E uma composição de tarefas fragmentadas, que longe de atribuir sentido ao trabalho executado, parece fundir diversos trabalhadores em um só. Do ponto de vista do ACS, as atividades que executa de certo modo se enquadram nesta condição por causa de sua repetição e de uma sensação de impotência frente a muitos problemas levantados.

Mas perspectiva aberta aos profissionais das equipes de saúde da família em Araraquara, é de serem contempladas com os aspectos positivos das mudanças em curso no mundo do trabalho. A maioria dos funcionários passa por um processo permanente de treinamento. No caso dos agentes, a continuidade do treinamento pode futuramente lhes atribuir uma certificação técnica. Acreditamos que está é a única solução para reverter a situação atualmente colocada – dos agentes se sentirem diminuídos perante os demais membros da equipe. É certo que a qualificação do ACS não resolverá todos os problemas, já que os conflitos internos na equipe também envolvem a disputa por espaço entre as diversas categorias profissionais. Nogueira et. al. (2000) já atentavam para o fato de que a profissionalização do ACS pode lhe conferir um perfil corporativo muito rígido, principalmente quando se considera a estrutura das profissões no Brasil, onde cada profissão tenta definir o que pode ou não fazer, e o que o outro pode fazer.

Claro que certas fórmulas envolvidas na gestão do trabalho no PSF, com ênfase no trabalho em equipe e estabelecimento vínculos de confiança e respeito entre os diversos atores envolvidos visando satisfazer os usuários e conquistar sua adesão às ações do PSF, precisam ser rediscutidas. Primeiro porque foram concebidos para um regime de acumulação que enfatiza o “curto prazo” e que despreza as “grandes narrativas”; que a partir do processo de individualização do trabalhador pretende encobrir relações de poder estabelecidas, além de capturar a subjetividade dos empregados induzindo-o a assumir responsabilidade por situações no trabalho sobre as quais não tem controle.

Em segundo, porque o capital social “comunitário” não pode ser reforçado ou desenvolvido somente com o trabalho dos agentes ou a partir de políticas governamentais. Compreendemos que este conceito pressupõe dos atores sociais a participação autônoma, o reconhecimento mútuo e a solidariedade manifestada no assumir compromissos. No mais, se os ACSs foram selecionados por sua capacidade de se relacionarem bem com as pessoas, e se detém um conhecimento razoável ainda que superficial da realidade local, isso não significa que eles sejam necessariamente os “estabelecidos” nesta comunidade. Nesse sentido, o elo criado pelo ACS não une coletividades ou grupos, mas envolve predominantemente a identificação de necessidades individuais que são apreendidas a partir das visitas domiciliares. E a preocupação em satisfazer o usuário muitas vezes parece se descolar do verdadeiro objetivo do PSF: melhor a qualidade dos serviços prestados, humanizando o atendimento.

Mas se o ACS democratiza o acesso a informações sobre saúde e informa sobre os direitos dos usuários, promove a formação de cidadãos mais participativos e conscientes (empowerment). De sua parte, estes atores passam a exigir mais dos serviços públicos, inclusive um maior compromisso, dedicação e respeito por parte dos funcionários (accountability).⁷ A universalização e a humanização do atendimento podem

⁷ Accountability é a responsabilização dos agentes públicos perante cidadãos que fiscalizam, exercem controle sobre a ação daqueles agentes. Ela assume duas formas: vertical, que se refere ao controle dos atos dos governantes pelos cidadãos, por meio de ações assimétricas de baixo para cima, cujo mecanismo mais conhecido é o voto; e horizontal, que se refere a autonomia e equilíbrio entre os poderes, que se fiscalizam mutuamente. Uma terceira forma, a accountability societal, exercida pela sociedade civil e definida como um mecanismo de controle não eleitoral, emprega ferramentas como a participação em instâncias de monitoramento e denúncia na mídia, e se baseia na ação de múltiplas associações de cidadãos e

ser apontadas como as maiores conquistas potenciais do PSF, fruto inegavelmente do trabalho do ACS.

Referências Bibliográficas:

- ARENDDT, H. **A condição humana**. Ed. Forense Universitária, RJ, 2001.
- AVRITZER, L. Um desenho institucional para o novo associativismo. **Lua Nova**: revista de cultura e política, n.39, 1997.
- BACHILLI, R. G. et. al.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jul 2008. doi: 10.1590/S1413-81232008000100010
- Revista **REDES**, Santa Cruz do Sul, v.12, n.1, p.125-150, jan./abr.2007.
- BORNSTEIN, V. J; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100029&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jul 2008. doi: 10.1590/S1413-81232008000100029
- CARVALHO, G.I.V; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**. (Lei 8.080/90 e lei 8.142/90) Ed. HUCITEC, SP, 1995.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**. Uma crônica do salário. Ed. Vozes, Petrópolis, 1998.
- EVANS, P. Além da “Monocultura Institucional”: instituições, capacidades e o desenvolvimento deliberativo. Revista Sociologias, n.9, Porto Alegre, 2003.
- FARAH, M.F.S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas locais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, vol. 18, S.P, 2000.
- FERRAZ, L.; AERTZ, D.R.G.C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**., Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 Jul 2007. Pré-publicação.
- HARVEY, D. **Condição Pós-moderna**. Edições Loyola, SP, 1999.

- HIGGINS, S.S. **Fundamentos teóricos do capital social**. Ed. Argos, Chapecó, 2005.
- HOROCHOVSKI, R. **Empoderamento: definições e aplicações**. Trabalho apresentado no **GT18 - Poder político e controles democráticos**, 30º Encontro Anual da ANPOCS, outubro de 2006.
- LIMA, J.C. A teoria do capital social na análise de políticas públicas. *Política e Trabalho*, **Revista de Ciências Sociais** n°17, PPGS-UFpb, João Pessoa, setembro de 2001.
- LIMA, J.C.; MOURA, M.C. Trabalho atípico e capital social: o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n.º 1, 2005.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. Ed. HUCITEC-ABRASCO, SP/RJ, 1998.
- MOROSINI, M.V. et. al. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Revista Trabalho, educação e saúde**, v.5, n.2, p.261-280, 2007. Disponível em: <http://www.bvseps.epsjv.fiocruz.br/lildbi/docsonline/2/5/952-agente.pdf>
- NOGUEIRA, R. et al. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde**. [texto para discussão 735]. 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br> [2000 jun 33p.]
- NUNES, M. O. et al . O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 Set. 2006. doi: 10.1590/S0102-311X2002000600018.
- PEDROSA, J. I. S. e TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. [online]. 2001, vol. 35, no. 3 [citado 2006-12-10], pp. 303-311. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000300014&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0034-8910..
- SENNETT, R. **A corrosão do caráter**. Conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Record, SP/RJ, 2001.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Ed. Fiocruz, RJ, 2006.

SIMMEL, G. **Coleção Grandes Cientistas Sociais**. Org.: MORAES FILHO, E. Ed. Ática, SP, 1983.

TEIXEIRA, M. **Desenhos alternativos de incorporação e gestão do trabalho médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho**. 1999, 139f. Dissertação (mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro. Disponível em: <http://portaldesecic.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/teixeiramm/capa.pdf> Acesso em: 25 de julho de 2008.

TENDLER, J. **Bom Governo nos Trópicos**. RJ Revan; Brasília ENAP, 1998.

Fontes de dados documentais:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil**. Monitoramento da implementação e do funcionamento das equipes de saúde da família – 2001/2002. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Proposta de regulamentação da formação do agente comunitário de saúde**. Subsídios para discussão. Brasília, 2004.

WESTIN, R. Presença do poder público na saúde cai 20%, diz pesquisa. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 de abril de 2008. Caderno Ribeirão, p. C8.