

POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE E AS INFLEXÕES DOS ORGANISMOS INTERNACIONAIS NO BRASIL

Avance de investigación en curso.

GT 19 – Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población.

Mariana Lima Nogueira

Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz; Doutorando em Políticas Públicas e Formação Humana na Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

RESUMEN

Ensaio elaborado a partir de um projeto de doutorado. Parte-se do subsídio teórico da Teoria Marxista da Dependência para análise das inflexões da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Banco Mundial (BM) sobre as políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde no Brasil voltadas para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família na década de 1990 e a precarização do trabalho dos ACS ocorre na conjuntura em que o neoliberalismo se torna hegemônico no Brasil, período em que há a publicização de documentos da OMS e BM dirigidos aos países periféricos. Há difusão de uma concepção de educação voltada para o mercado e em critérios de custo-efetividade.

Palabras claves: agências internacionais; agentes comunitários de saúde; políticas de saúde.

Introdução

Tem-se como pressuposto que o Brasil possui como característica marcante no modo como se estruturam as relações sócio-políticas, culturais e econômicas no país, o *capitalismo dependente*.

Este processo arraigado na constituição histórica do Brasil é definido por Florestan Fernandes (2005) enquanto política de alcance nacional, fomentada e planejada por uma burguesia local que converge para o Estado e subordina-se aos interesses dos centros hegemônicos da dominação imperialista. O capitalismo dependente, formação particular do imperialismo na América Latina, caracteriza-se em suma pela subordinação das frações burguesas locais frente às hegemônicas havendo rateio da mais-valia (ou sobre-trabalho) a partir da hiperexploração do trabalhador (LEHER, 1999).

A compreensão do Estado, que subsidia o desenvolvimento deste artigo, apoia-se na concepção de Estado ampliado desenvolvida por Gramsci, enquanto relação social e processo histórico de luta de classes, conforme afirmam Fontes, Falleiros e Castro (2011, p 100.):

Afirmar o Estado enquanto relação social significa dizer que este se constitui como instância na qual se expressam as relações entre os grupos sociais organizados na esfera da produção econômica e na esfera política da sociedade civil, expressando de maneira complexa a dominação (e a luta) de classes. Essas organizações constroem visões de mundo distintas a partir de suas experiências de luta e da consciência de seu papel na totalidade da vida social, e a partir delas inscrevem diferentes projetos para a sociedade no âmbito dos aparelhos do Estado.

Desta maneira, o processo de hiperexploração do trabalhador e enriquecimento da burguesia nacional ocorre ao longo da história do país no contexto das lutas de classe e de resistência dos movimentos sociais. No Brasil, a história das políticas de saúde é constituída por estas disputas e relações de força entre diferentes projetos societários. Um dos grandes momentos históricos desses

enfrentamentos se deu entre os anos 1970 e 1980 protagonizado pelo movimento social da Reforma Sanitária que advindo de um período histórico de privatização da saúde e restrição de direitos, engendrou a luta pela democratização dos direitos sociais.

Este movimento social além da defesa pela universalização da saúde expressou diversas reivindicações populares como: a exigência de um Estado provedor da seguridade social, a participação popular na elaboração, execução e fiscalização das políticas públicas, a construção de um sistema único, integrado e descentralizado de saúde entre outras bandeiras de luta (BRAVO, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma “conquista histórica do povo, podendo ser considerada a maior política pública gerada da sociedade” (PAIM, p.96, 2008). Os princípios e diretrizes do SUS garantidos na constituição federal de 1988 constituem assim um marco na disputa sobre a função do Estado e da democratização dos direitos sociais.

As políticas de saúde no país após a VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação do SUS seguem disputadas. A partir dos anos 1990 torna-se mais explícita a proposição de projetos antagônicos aos referenciais da Reforma Sanitária. De acordo com Bravo e Menezes (2011) neste período ocorre a adoção por parte do Estado da lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação das políticas sociais à mesma, havendo um retraimento das políticas que asseguram os direitos sociais e uma ampliação das que favorecem o mercado.

Parte-se do entendimento de que na década de 90 dá-se início há uma “reconfiguração do capitalismo mundial, a emergência de um novo modo de acumulação de capital e o ajuste neoliberal nas áreas da saúde e da educação”, tendo em vista a implantação de políticas de liberalização, desregulamentação e privatização (LIMA, 2010, p.263). Há um crescimento nítido da desregulamentação das relações de trabalho com a ampliação de práticas flexíveis de contratação, ampliação significativa da terceirização e redução dos direitos sociais dos trabalhadores (ANTUNES, 2011 e 2010).

O capitalismo dependente, que marca a subordinação estrutural dos países da América Latina ao imperialismo, confere características à burguesia nacional brasileira que pactua seus interesses aos dos grandes centros hegemônicos. Florestan Fernandes (2009) analisa este processo histórico de *dominação externa* intrínscico ao país desde as características da colonização latino-americana até o período atual de submissão aos grandes centros capitalistas.

Existem diversas estratégias de inflexão dos interesses imperialistas aos interesses da burguesia nacional na história do país, como por exemplo, a expansão em território nacional das grandes corporações internacionais nas esferas comerciais, industriais, de serviços e financeiras; e a proposição de pautas e políticas a serem desenvolvidas nos países periféricos elaborados por organismos internacionais.

Os organismos internacionais são instituições em que existe a participação de vários governos nacionais na sua constituição, sustentação financeira e política (WALT apud MATTOS, 2001), que expressam normas universais de hegemonia que inflexionam diretrizes políticas, legitimam instituições e práticas nos planos nacionais. De acordo com Cox (2007), as organizações internacionais exercem mecanismos pelos quais as normas universais de uma hegemonia mundial se expressam.

Neste ensaio, pretendemos nos debruçar sobre as inflexões de dois organismos internacionais que formulam e propõem políticas de saúde no Brasil: a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Banco Mundial (BM).

A gênese desses organismos internacionais remete ao período da segunda Guerra mundial, dentre os quais se destacam as instituições criadas após a conferência de Bretton Woods e aquelas ligadas às Nações Unidas. Nesta conferência foram criadas duas agências internacionais com o objetivo de traçar diretrizes da nova ordem econômica que deveria ser instituída (MATTOS, 2001): o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD, primeira organização do Banco Mundial). Nesta mesma conjuntura, foi criada a Organização das

Nações Unidas (ONU) e diversas agências especializadas em torno dela, como a Organização Mundial de Saúde (OMS).

O BM e a OMS foram criados na mesma conjuntura histórica e tiveram como país indutor os Estados Unidos da América. Faz parte dos objetivos de ambos os organismos inflexionar as políticas dos países periféricos, mesmo que estas instituições possuam escopos de ações diversificados.

O BM foi concebido para ceder empréstimos, financiar projetos em diversos países captando recursos do mercado financeiro e da contribuição dos países membros em um período em que se estabelecia um novo padrão monetário mundial centrado no dólar com paridade ao ouro. A OMS atribui como objetivo de sua criação a realização de cooperação técnica entre as nações para o enfrentamento de problemas de saúde mundiais e aprimoramento dos sistemas de saúde (MATTOS, 2001).

No Brasil, há escritório sede das duas organizações, sendo a OMS inscrita no cenário nacional através da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Estes escritórios possuem papel fundamental na tradução, elaboração, avaliação e execução de políticas que se propõem a inflexionar políticas nacionais

O presente ensaio tem-se como objetivo: analisar as inflexões dos organismos internacionais, OMS e BM, no percurso histórico da construção do campo da Atenção Básica à Saúde no Brasil, com ênfase nas políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde voltadas para os trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a partir da década de 1990.

Metodologia

Este estudo caracteriza-se por utilizar uma abordagem qualitativa, pois se propõe a analisar as relações históricas, mediações e correlações existentes na inflexão dos organismos internacionais nas políticas de saúde no Brasil.

O método e referencial teórico que subsidia o desenvolvimento deste estudo é o materialismo histórico dialético (MARX, 2002) cujas categorias analíticas foram desenvolvidas por diversos autores, dentre entre eles nos apoiamos em Gramsci (2002) sobre o conceito de Estado e Florestan Fernandes (2009) sobre o conceito atribuído ao processo de formação histórico social do Brasil intitulado capitalismo dependente.

O materialismo histórico dialético parte de uma perspectiva histórica, que possibilita cercar o objeto de conhecimento por meio da compreensão de suas mediações e correlações, a partir da dialética enquanto estratégia metodológica e do materialismo histórico enquanto caminho teórico (MINAYO, 2008).

Neste sentido, esta abordagem não representa um recorte ou uma teoria instrumental, mas um referencial teórico-metodológico que objetiva apreender o conjunto das relações sociais (FONTES et al.).

Para pensar o mundo dialeticamente é necessário atentar para as contradições de cada síntese da realidade e aliar o pensamento teórico à prática social. Assim, o arcabouço teórico e metodológico de Karl Marx propõe a análise dos contextos políticos históricos e, incorpora como elemento essencial para a análise dialética do mundo, o modo de produção da existência.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, utiliza-se como recurso metodológico a pesquisa documental e a análise de dados obtidos em fontes oficiais e bibliotecas virtuais.

Neste estudo utilizou-se fontes primárias para a análise preliminar, ou seja, a análise documental de bibliografia oficial produzida pela SGTES, OMS e BM, e pesquisa bibliográfica de fontes secundárias, estudos que dissertam sobre as disputas presentes nas políticas de gestão do trabalho e da educação para ACS e a inflexão dos organismos internacionais.

Política de Atenção Primária à saúde e inflexões dos organismos internacionais.

A Atenção Primária à saúde (APS) é campo de disputa político-ideológico internacional e nacional onde se faz presente concepções heterogêneas de saúde, sociedade e de Estado, influenciadas por aspectos históricos e econômicos.

A inflexão dos organismos internacionais nas políticas de saúde, especificamente, no campo da Atenção Primária à Saúde é um processo que historicamente vem permeando as políticas de saúde no país.

No Brasil, o campo da APS compõe o SUS através de diversos instrumentos normativos, dentre eles a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde - PNAB (BRASIL, 2011). Na PNAB, a APS é compreendida como um primeiro nível de atenção no sistema de saúde, mas também, como estratégia reorientadora do modelo de atenção à saúde, que até então era centrado no atendimento hospitalar, mas que, a partir da proposta da PNAB, pretende valorizar a atenção à saúde a partir do contexto sócio-econômico de onde emergem as demandas e o atendimento em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é apontada na PNAB como prioritária para reorientação do modelo de atenção à saúde. A criação e implantação da ESF enfatizam a atenção primária como porta de entrada para o SUS (CORBO e MOROSINI, 2005) e ratifica como proposta, entre outros aspectos, a participação popular, as práticas de trabalho interdisciplinares, o princípio da integralidade, a territorialização do trabalho em saúde e a atenção centrada na família (BRASIL, 2006). Mas cabe ressaltar que este processo de elaboração e implantação da ESF não se dá sem contradições, conforme apontaremos mais a frente no texto.

Os ACS constituem o maior quantitativo de profissionais da ESF (atualmente são mais de 250.000 trabalhadores). Nos dias de hoje, os pré-requisitos para se tornar ACS são: residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; haver concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2006b).

Esta categoria profissional possui como característica principal o fato de terem que residir no território onde trabalharão e serão oferecidos os serviços de saúde, assim, possuem grande conhecimento empírico da área em que atuam (BORNSTEIN e STOTZ, 2009), e por isso, possuem lugar essencial na articulação entre o serviço e a comunidade.

No cenário internacional no período de 1960 a 1970 diversos países desenvolveram programas de extensão de cobertura, incluindo o Brasil, o que levou a OMS a organizar a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, que propôs a APS como “estratégia para ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde [...]” (MATTA e FAUSTO, 2007, p. 46). A partir desta conferência ocorrida em 1978, iniciou-se um grande debate internacional sobre as definições e bases da APS.

Os cuidados primários de saúde foram definidos na conferência ocorrida em Alma-Ata como “Cuidados essenciais, baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade (...)” (OMS, 1979, p.1).

Esta conferência ocorreu em um contexto pautado pela disseminação de movimentos nacionalistas, socialistas e, de movimentos sociais em defesa dos direitos humanos e civis (LIMA, 2010). Neste cenário, a APS além de uma proposta de extensão da cobertura das ações de saúde significava uma ameaça aos interesses dos grupos privatistas e do capital industrial, pois representava à defesa de práticas sociais voltadas para a redução de desigualdades e fomento a participação social.

As disputas internacionais no campo da APS se intensificaram quando BM, Unicef, Fundação Ford e Fundação Rockefeller organizaram uma conferência em Bellagio, Itália, um ano após Alma-Ata,

para propor uma Atenção Primária à Saúde Seletiva (APSS). A APSS deveria ser de baixo-custo e dirigida a grupos de alto-risco, visando diminuir a mortalidade infantil. Esta proposta de atenção iria à contramão da proposta universalista de Alma-Ata, criando o “novo universalismo”, que se fundamentava na sustentabilidade dos governos nacionais.

Os Estados Nacionais, de acordo com o ideário da APSS, não deveriam assumir todas as ações de saúde para a população, mas um conjunto mínimo de ações para os pobres. A partir da Conferência de Bellagio uma disseminação dos programas seletivos de atenção primária sendo financiados e apoiados amplamente por organismos internacionais. O cenário de crise econômica dos anos 80 e a emergência dos governos neoliberais nos países centrais também corroboraram para a ampliação dessas iniciativas de APSS (MATTA; FAUSTO, 2007).

Estas disputas no campo da APS são expressões do embate das concepções de Estado e dos diversos projetos societários existentes. Na APS é possível identificar estes embates a partir das diferentes concepções de saúde e de Estado presentes: saúde enquanto direito social, universal, assegurado pelo Estado, em contraposição à saúde como política compensatória, ou mercadoria, sendo objeto de concessão do Estado àqueles que não podem se inserir no sistema privado.

Nesta conjuntura, no início dos anos 90 há a institucionalização do Programa de Saúde da Família (PSF) como política nacional através de incentivos fiscais do governo federal para os governos municipais, e com isso há a expansão da implantação das equipes de saúde da família no território brasileiro. A expansão do PSF também expressou a correlação de forças presente no campo das políticas públicas no Brasil e disputas da função do Estado. Ao mesmo tempo em que há investimento e ampliação da rede de serviços e ações de saúde territorializadas e a proposta de um modelo de atenção que se propõe a trabalhar com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, existem contradições neste processo.

A precarização do trabalho é expressa na implantação e expansão das equipes de ESF no Brasil. Segundo Morosini (2010), as formas de contratação dos profissionais de saúde das equipes de ESF incluíam vínculos por cooperativas, terceirizações, intermediação por meio de organizações não governamentais, criação de cargos comissionados e até mesmo nenhum vínculo empregatício, como ocorreu principalmente com os ACS. Em pesquisa realizada em 2003 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), o número de trabalhadores precarizados no SUS era em torno de 800 mil, correspondente a “quase 40% da força de trabalho no setor” (MOROSINI, 2010, p.37).

O processo de expansão da ESF na década de 90 e a precarização do trabalho em específico dos ACS ocorre na conjuntura em que o projeto neoliberal se torna hegemônico no Estado Brasileiro. No cenário internacional, neste período, a agenda das reformas dos serviços e sistemas de saúde “pós-welfare” nos países centrais, difundida pelo BM nos países dependentes possui, em síntese, como elementos centrais, segundo Lima (2010, p.264):

Mudança da ênfase na produção direta dos serviços pelo Estado, para a provisão de um ambiente regulatório apropriado [...]; focalização da ação do Estado para grupos sociais específicos (populações com níveis absolutos de pobreza, aposentados, deficientes etc.) e a introdução de mecanismos de mercado para obter melhor relação entre demanda e oferta por meio de custos; mudanças na estrutura gerencial (ou responsabilização interna) do setor público com a interlocução de conceitos de gerenciamento e contabilidade do setor privado, o que incluía [...] o estímulo à flexibilização [...].

O BM, nesta mesma conjuntura, com a entrada de um novo presidente, publiciza algumas missões para a década de 90, entre elas: “impulsionar o ajustamento/enquadramento macroeconômico dos países periféricos e iniciar um novo ciclo de reformas estruturas, de natureza político-institucional” (PEREIRA, 2009. p.181).

A partir do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, o Brasil aumenta os empréstimos junto ao BM, ficando entre os dez maiores prestatários do Banco. O campo das políticas de saúde emerge neste período como um mercado promissor para o setor privado, e neste bojo, o BM publica diversos documentos que pretendem orientar as políticas dos países periféricos, em destaque: o relatório “Issues in Federal Health Policy in Brazil” em 1991, e “The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90s” do ano de 1993, traduzido para a língua portuguesa em 1995.

Alguns autores que analisaram estes documentos propunham inflexionar a atuação do governo brasileiro, promover a separação entre financiamento e provisão de serviços e fomentar a discussão sobre os serviços que deveriam ser oferecidos gratuitamente e os que não seriam ofertados pelo Estado, baseados em critérios de eficácia em termos de custo (RIZOTTO, 2000; MATTOS, 2001).

O BM em seus documentos apresenta a relevância de incorporação da APS enquanto uma cesta básica de serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças, ações que o banco define de baixa tecnologia/custo e alto impacto. O mesmo organismo retoma a partir deste período a defesa pela atenção primária à saúde seletiva e que os demais serviços deveriam ser ofertados pelo setor privado.

A OMS a partir da década de 1990 acompanha o movimento do BM no fomento as políticas de saúde no campo da APS e, inclui em sua pauta, o chamado “novo universalismo”, que se fundamentou no argumento da *sustentabilidade* dos governos nacionais (MATTA e FAUSTO, 2007). No documento “Relatório da Saúde Mundial” publicado em 2000 pela OMS (WHO, 2000) afirma-se que os Estados deveriam se responsabilizar por um conjunto de ações de saúde essenciais para ofertar a toda população e é proposta uma avaliação dos sistemas de saúde fundamentada na relação custo e efetividade das ações ofertadas. A concepção de seguridade social enquanto direito não é defendida no documento, mas sim à seletividade de ações que o Estado ofertaria à população.

Após diversas críticas internacionais à proposta de avaliação dos sistemas nacionais de saúde e da concepção de APS defendida no Relatório de 2000, a OMS lança a partir do ano de 2003 uma série de documentos com a proposta de “Renovação da APS nas Américas”, cujo objetivo seria o de revisitar a Conferência de Alma-Ata e seus princípios, e induzir os países à formulação de políticas de APS (SILVEIRA, 2011).

A publicação do documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da OPAS” (OMS, 2007), revela uma série de objetivos e ações da OPAS a serem desenvolvidos na América Latina, incluindo a inflexão de políticas de gestão do trabalho e da saúde no campo da APS. Nesta linha, o organismo internacional publica diversos documentos, entre eles: o Relatório Mundial de Saúde sobre o tema de recursos humanos em saúde (OMS, 2006); o Relatório Anual da OMS “Atenção Primária em Saúde: Agora Mais que Nunca” (OMS, 2008); e a publicação “Sistemas de saúde com base na atenção primária: Estratégias para o desenvolvimento de equipes de APS” (OMS, 2009).

No Brasil, neste período, o debate sobre a política de Atenção Básica à Saúde emerge como uma das pautas essenciais do SUS, assim como a discussão sobre o tema de recursos humanos em saúde.

Políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde: o caso dos ACS.

A correlação de forças existente entre projetos societários que disputam funções do Estado no término de 1990 e nos primeiros anos subseqüentes de 2000, marca o debate sobre a implementação de políticas públicas que acirram a precarização do trabalho, a ampliação dos programas de privatização e terceirização, o questionamento sobre a atuação mínima do Estado na garantia dos direitos sociais e máxima na liberalização do capital.

Neste contexto, atores políticos coletivos da saúde pública (Conselho Nacional de Saúde, movimentos sociais organizados, Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, entre outros) recolocam a urgência da pauta da regulação das relações de trabalho no SUS (VIEIRA, 2005).

No ano de 2002 houve a publicação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB/RH-SUS) e em 2003 há um importante debate sobre este tema na XII Conferência Nacional de Saúde, dando centralidade as temáticas da gestão do trabalho e da educação no SUS.

No relatório da XII Conferência Nacional de Saúde constam importantes propostas na área de gestão do trabalho e educação na saúde, como: a implementação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários enquanto instrumento fundamental da política de gestão do trabalho; institucionalização das Mesas Permanentes de negociação do SUS nos estados e municípios; construção e gerenciamento de um banco de dados dos trabalhadores do SUS; implantação de programas de avaliação de desempenho do trabalho em saúde; composição multiprofissional das equipes de saúde e; a implementação de uma política de desprecarização do trabalho no âmbito do SUS entre outros.

Neste contexto, seis meses antes da XII Conferência Nacional de Saúde, é criada a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, que define o papel do gestor federal quanto às políticas de planejamento, desenvolvimento, formação e gestão da força de trabalho em saúde no país.

A expansão das equipes da ESF e o movimento organizado Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) trazem para o debate questões relativas à formação profissional do ACS, ao vínculo empregatício e condições de trabalho do ACS. Ao mesmo tempo em que a ESF busca romper com uma lógica de modelo hospitalocêntrico e propõe a reconfiguração da rede de atenção no SUS, foi implementada de maneira focalizada e, de acordo com a lógica predominante de 1990, admitiu a vinculação dos ACS de forma indireta (VIEIRA, 2007).

A história das políticas públicas para o trabalho e para formação do ACS apresenta disputas situadas nos campos da atenção primária à saúde e da educação profissional em saúde que são identificadas, principalmente, nos aspectos referentes à formação profissional, ao reconhecimento social, profissionalização, ao processo e condições de trabalho.

Desde a implantação do PSF no ano de 1991, foram onze anos marcados pela inexistência oficial da profissão, que só foi criada após a promulgação da lei 10.507 de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002). Ainda sobre a política de gestão do trabalho, somente após o decreto no. 3189 do ano de 1999 (BRASIL, 1999) é que são fixadas as diretrizes para o exercício profissional do ACS; e seis anos depois, em 2006 é que se institui a lei 11.350 (BRASIL, 2006) que dispõe sobre o processo seletivo público para ACS e, estabelece o vínculo empregatício por CLT, mediante vínculo direto entre os ACS e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.

Em relação às políticas voltadas para a educação profissional, para a implantação e expansão da Estratégia de Saúde da Família ocorreram, por parte do governo federal, investimentos significativos na formação profissional, priorizando, no entanto, os trabalhadores de nível superior ao mesmo tempo em que há o desinvestimento na formação específica do ACS (MOROSINI, 2010). Até a publicação, no ano de 2004, do Referencial Curricular de Curso Técnico para os ACS (BRASIL, 2004), prevaleceu a ausência de uma política efetiva de educação profissional para esses trabalhadores.

A eleição de Luís Ignácio Lula da Silva em 2003 expressou uma reação da população brasileira às reformas neoliberais ocorridas em 1990 (BRAVO, 2011), ocasionando expectativas em relação ao avanço das políticas sociais e ao fomento à participação popular, devido à trajetória histórica do presidente na militância em favor dos direitos dos trabalhadores.

Diversos autores apontam nos governos Lula e Dilma, às políticas sociais, incluindo diretrizes e princípios definidos no SUS, sofreram ataques devido ao avanço das políticas neoliberais (BRAVO, 2011; BAHIA, FLEURY, 2010; BAHIA, 2011). Porém, há autores que ponderam essas análises e, em

relação às políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, afirmam que houve avanços na defesa dos princípios bases do movimento da Reforma Sanitária. (VIEIRA, 2007).

Em relação ao ACS, não há dúvidas que com a expansão da ESF os movimentos sociais, incluindo a CONACS, se organizaram para freiar a precarização do trabalho¹. A criação da SGTES e de algumas propostas desta secretaria apontam para uma correlação de forças que tensionam o projeto neoliberal. Ao mesmo tempo, em diversos municípios do Brasil, a expansão da ESF continua sendo induzida pelo MS a partir de incentivos fiscais aos municípios e, em muitas cidades a partir de novos modelos de gestão, com a vinculação dos trabalhadores da ESF a partir de Organizações Sociais e outras formas indiretas. Além disso, a formação dos ACS permanece em disputa mesmo após a promulgação do Referencial Curricular do CTACS, passados 8 anos, somente os estados de Tocantins, Acre e os municípios de Recife e Rio de Janeiro concluíram turmas do curso de formação técnica dos ACS.

As políticas de educação voltadas para os ACS foram historicamente fundamentadas em treinamentos, capacitações e instruções. Partindo do reconhecimento da complexidade do trabalho do ACS é essencial uma formação ampliada, educação profissional a partir do trabalho e da cultura dos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem

As políticas de gestão da educação na saúde historicamente fundamentam-se no ensino-serviço, em treinamentos e cursos aligeirados. No âmbito dos documentos elaborados pelos organismos internacionais, há difusão de uma concepção de educação voltada para o mercado de trabalho (LEHER, 1999) e em critérios de custo-efetividade.

De acordo com Mattos (2000), Rizzotto (2000), Matta (2007) e Silveira (2011) há escassez de estudos que analisam a inflexão dos organismos internacionais nas políticas voltadas para o trabalhador da saúde a partir dos anos 2000. É necessário investir na execução de investigações neste campo, pois de acordo com Cox (2007), as instituições internacionais corporificam regram que facilitam a expansão das forças sociais e econômicas dominantes.

Considerações Finais

As políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde são compreendidas enquanto políticas sociais e, portanto, estão inscritas no processo histórico de consolidação do Estado capitalista. Assim, estas políticas expressam disputas de interesses de classe e direções político-ideológicas presentes no Estado em seu sentido ampliado. Segundo Fontes (2010, p.136), em relação ao conceito de Estado e sociedade civil elaborado por Gramsci: “A luta de classes atravessa o conjunto da vida social e, difusa pelos aparelhos privados de hegemonia no âmbito da Sociedade Civil, encontra no Estado um ponto de aparente resolução, ainda que gerador de novas tensões”.

De acordo com Robert Cox (2007), o conceito de hegemonia elaborado por Gramsci amplia a compreensão das relações de domínio e subordinação, inclusive para as relações de ordem mundial, sem que isto separe as relações de poder de sua base social. O Estado, neste contexto, também é o local onde conflitos sociais acontecem e onde as hegemonias de classes sociais podem ser construídas.

Partindo da compreensão de que o Brasil por sua conformação histórica social se caracteriza como capitalista dependente (FERNANDES, 2009), a dominação externa é organizada a partir de dentro e em todos os níveis da ordem social, desde estratégias de comunicação em massa até as políticas nacionais.

Assim, a análise das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde possibilita a visibilidade das disputas presentes neste âmbito. As categorias trabalho e educação carregam significados ideológicos e expressam as lutas de classes presentes no Estado em seu sentido ampliado.

Estudar as políticas de gestão do trabalho e da educação para os ACS é urgente, pois a APS tem sido objeto de intervenção e investimento das políticas internacionais e, no Brasil, há um aumento

expressivo do número destes trabalhadores que atuam na APS nos últimos anos. Soma-se a isso, o fato de que a SGTES de 2003 até os dias atuais vem fomentando diversas políticas voltadas para os ACS em parceria com organismos internacionais.

Neste sentido, é relevante estudar as inflexões dos organismos internacionais nas políticas de gestão do trabalho e da educação no Brasil, uma vez que as mesmas pautam questões referentes ao mundo do trabalho e às políticas de saúde e de educação dos países periféricos, e são produzidas, em sua maioria, por grupos dominantes que disseminam e fomentam políticas neoliberais.

Soma-se ao argumento anterior a existência de disputas no campo da formação de trabalhadores que expressam, através da discussão sobre qualificação profissional, a correlação de forças presentes nas políticas de saúde, seja para ratificarem o consenso, limitando a educação dos trabalhadores às habilidades práticas e técnicas, seja por outro lado, para protagonizarem uma proposta emancipatória a partir da compreensão crítica do processo educativo e do mundo do trabalho como elementos essenciais para a formação de trabalhadores (MACHADO, 1996).

Bibliografia

ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significados: um balanço preliminar. In: GUIMARAES, C. (org). Trabalho, educação e Saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010, p.11-28.

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. 15ª. edição. São Paulo: Cortez, 2011.

BANCO MUNDIAL. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: investindo em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1993.

BANCO MUNDIAL. A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90. Washington, D.C. 1995 (Relatório N.º 12655 - BR).

BATISTA, T.W.F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 11- 43.

BORNSTEIN, V.J; STOTZ, E.N. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: Entre a mediação convencidora e a transformadora. Revista Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.3, nov.2008/fev.2009, p.457-480.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos RH saúde. Coordenação Geral de desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Brasília: ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Decreto n.3189 de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício de atividades de Agentes Comunitários de Saúde e dá outras providências. Diário oficial República Federativa do Brasil, 5 out. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Caderno 1 - Cadernos de Atenção Básica, Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

BRASIL. Lei n.10507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providencias. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Referencial curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde. Brasília: Ministério de Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Lei n.11350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o §5º. Do art. 198 da constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art 2º. da emenda constitucional 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006b.

Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111350.htm

Acesso em: 25 de agosto de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRAVO, M.I.S Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E; BRAVO, M.I.S; UCHÔA, R; NOGUEIRA, V; MARSÍGLIA, R; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Orgs.). Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006, p. 88- 110.

BRAVO, M.I.S; MENEZES, J.S.B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, M.I.S; MENEZES, J.S.B. (org) Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. 1.ed, Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011, p.14-28.

CORBO, A.D; MOROSINI, M.A. Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). Textos de Apoio em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.157-182.

COUTINHO, C.N. Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

COX, R.W. Gramsci, hegemonia e relações internacionais: um ensaio sobre o método. In: GILL, S. Gramsci, materialismo histórico e relações internacionais. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007. p.101-124.

FERNANDES, F. A revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica. 4ª. ed. São Paulo: Expressão popular, 2005.

FERNANDES, F. Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina. 4a.ed. São Paulo: Global, 2009.

FONTES, V. O Brasil e o capital Imperialismo: teoria e história. 2ª. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/ UFRJ, 2010

FONTES, V; FALLEIROS, I; CASTRO, V. Ciência e método de trabalho científico – Marx e o Marxismo. In: BAPTISTA, T.W.F; MATTOS, R.A. (org). Caminhos para análises de políticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

FRIGOTTO, G. Trabalho, Conhecimento, Consciência e a Educação do trabalhador: Impasses teóricos e práticos. In: GOMES, C.M.; FRIGOTTO, G. [et al.]. Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2002, p.13-26.

FRIGOTTO, G. Educação e a crise do capitalismo real. 5ª. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GRAMSCI, A. Cadernos do Cárcere. Vol.3. Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

LEHER, R. Um Novo Senhor da educação? A política educacional do Banco Mundial para a periferia do capitalismo. In: Outubro. n.03, maio, 1999. São Paulo: Revista do Instituto de Estudos Socialistas, p.19-30.

LEHER, R. Florestan Fernandes e a Universidade no capitalismo dependente. In: FÁVERO, O. Democracia e educação em Florestan Fernandes. Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal Fluminense (EdUFF), 2005. p. 201-245.

LIMA, J.C.F. Neoliberalismo e Formação profissional em saúde. 2009. Disponível em:

<http://outrosoutubrosvirao.files.wordpress.com/2009/06/julio-lima-neoliberalismo-e-formacao-profissional-em-saude.pdf> Acesso em: 18 de agosto de 2012.

LIMA, J.C.F. Política de Saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

MACHADO, L. Qualificação do Trabalho e relações sociais In: Fidalgo, F.S. (org.) Gestão do Trabalho e Formação do Trabalhador. Belo Horizonte: Movimento de Cultura Marxista, 1996. p.17-39.

MARX, K. O capital: crítica da economia política. Livro primeiro, volume 1, capítulo V. 20a. edição. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira. 2002.

MATTA, G.C; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C. e CORBO, A. D. Modelos de atenção em saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p.43-68.

MATTOS, R.A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Volume 6, número 2. São Paulo, 2001. p.377-389.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E; FRANCO, T.B et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11^a.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOROSINI, M.V; CORBO, A.D; GUIMARÃES, C.C. 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. Rio de Janeiro, v.5, n.2, 2007, p.261-280.

MOROSINI, M.V. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados Primários de Saúde. In: Relatório sobre a Conferência Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, realizada de 6-12 set. de 1978. Brasil, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Série Renovação da APS nas Américas. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da OPAS. Washington: OPAS, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Anual da OMS. Atenção Primária em Saúde: Agora Mais que Nunca. Washington: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Série Renovação da APS nas Américas – número 1. Sistemas de saúde com base na atenção primária: Estratégias para o desenvolvimento de equipes de APS. Washington: OPAS, 2009

PAIM, J.S. Reforma Sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G.C; LIMA, J.C. (Orgs.) Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. p.91-122.

PEREIRA, J.M.M. O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008). Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, 2009.

PIRES, D.E. Precarização do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F. (Orgs.) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2^a.ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.317-320.

RIZZOTTO, M.L.F. O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. Tese de doutorado, Campinas: Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2000.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. In: Revista brasileira de educação. v.12, n.34, jan-abr 2007. p.152-180.

SERRA, C.G; RODRIGUES, P.H. O financiamento da saúde no Brasil. In: MATTA, G.C; PONTES, A.L. (Orgs.) Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.195-226.

SILVA, J.A; DALMASO, A.S.W. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVEIRA, A.C. Atenção Primária em Saúde e Proteção Social: A Agenda da Organização Pan-Americana de Saúde nos Anos 2000. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

VIEIRA, M. As políticas de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde e o agente comunitário de saúde. In: FONSECA, A.F; STAUFFER, A.B. (Orgs.) O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2005. p.99-116.

VIEIRA, M. A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) Texto de apoio em políticas públicas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2007. p.139-153.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report. Health system: improving performance. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 2006: working together for health. Geneva: WHO, 2006.

¹ O sentido de *precarização* adotado neste estudo é definido como o processo de trabalho onde há vínculos de trabalho no SUS que não garantem direitos trabalhistas e previdenciários, assim como, ausência de concurso público, processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS (PIRES, 2009) a falta de condições materiais e instrumentos para a prática profissional, e ainda, processos formativos aligeirados para os trabalhadores do SUS.