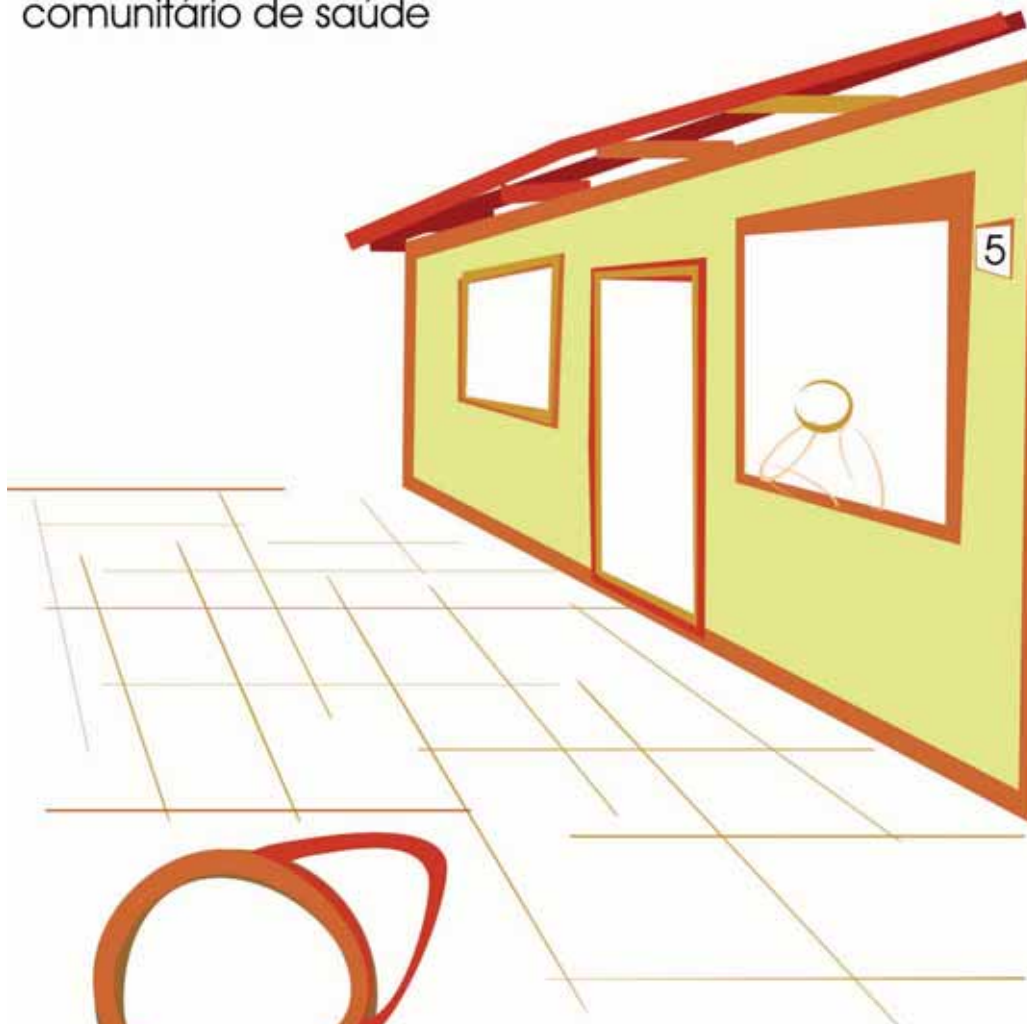


Educação Profissional e Docência em Saúde:
a formação e o trabalho do agente
comunitário de saúde



O Processo Histórico do Trabalho em Saúde



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Buss

Vice-Presidente de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

José Rocha Carvalheiro

Coordenador da Área de Fomento e Infra-Estrutura

Win Degrave

Coordenadora do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP)

Mirna Teixeira

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Diretor

André Malhão

Vice-Diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Isabel Brasil Pereira

Vice-Diretor de Desenvolvimento Institucional

Sergio Munck

Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde

Coordenadora

Márcia Valéria G. C. Morosini

Esta publicação contou com o apoio do PDTSP/Fiocruz

O Processo Histórico do Trabalho em Saúde

Organizadoras

Angélica Ferreira Fonseca

Anakeila de Barros Stauffer



Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica

Marcelo Paixão

Capa

Gregório Galvão de Albuquerque

Diego de Souza Inácio

Revisão

Janaina de Souza Silva

Soraya de Oliveira Ferreira

Revisão Técnica

Anakeila de Barros Stauffer

Anamaria D'Andrea Corbo

Angélica Ferreira Fonseca

Catálogo na fonte
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Biblioteca Emília Bustamante

F676m Fonseca, Angélica Ferreira.
O processo histórico do trabalho em saúde / Organizado por Angélica
Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro:
EPSJV/Fiocruz, 2007.

211 p. : il. ; - (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a
formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 5). Coordenadora
da coleção Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini.

ISBN: 978-85-98768-25-0

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Trabalho e Educação. 3. Saúde.
4. Saúde da Família. 5. Educação Profissional. 6. Sistema Único de Saúde.
7. Livro Didático. I. Título. II. Stauffer, Anakeila de Barros.

CDD 362.10425

Autores

Ana Lúcia Abrahão

Enfermeira sanitária, doutora em Saúde Coletiva na área de Gestão e Planejamento em Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), professora e pesquisadora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Anamaria D'Andrea Corbo

Odontóloga, especialista em Educação Profissional pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e docente da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Cátia Guimarães

Jornalista, especialista em Comunicação e Saúde pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Cict/Fiocruz), mestranda em Comunicação e Cultura pela Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ECO/UFRJ), editora da revista RET-SUS e assessora de comunicação da Secretaria Técnica da Rede de Escolas Técnicas do SUS.

Denise Elvira Pires

Enfermeira, mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e pós-doutora pela University of Amsterdam, docente do Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Edilza Maria Ribeiro

Enfermeira, mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), doutora em enfermagem

pela UFSC e docente vinculada ao Grupo de Assistência Ensino e Pesquisa em Enfermagem (Gapefam) do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC.

Isabel Brasil Pereira

Bióloga, doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e professora da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).

Júlio César França Lima

Enfermeiro-sanitarista, mestre em Educação pelo Iesae/Fundação Getúlio Vargas (FGV), doutorando do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPFH/Uerj) e professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Márcia Valéria G. C. Morosini

Psicóloga, especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), especialista em Educação Profissional pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), mestranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Marise Nogueira Ramos

Licenciada em Química, Mestre e Doutora em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF), professora Adjunta da Faculdade de Educação e do Programa de Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPFH/Uerj), professora e pesquisadora do programa de Pós-Graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Mônica Vieira

Socióloga, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Vera Lúcia Guimarães Blank

Enfermeira, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), PHD em Medicina Social pelo Instituto Karolinska, Suécia, e docente voluntária do Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Sumário

Apresentação da Coleção	11
Apresentação do Livro	23
Conceitos Básicos sobre Trabalho <i>Marise Nogueira Ramos</i>	27
Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde <i>Júlio César França Lima</i>	57
A Temática do Processo de Trabalho em Saúde como Instrumental para Análise do Trabalho no Programa Saúde da Família <i>Edilza Maria Ribeiro, Denise Elvira Pires e Vera Lúcia Guimarães Blank</i>	97
Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde <i>Ana Lúcia Abrahão</i>	117
As Políticas de Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde <i>Mônica Vieira</i>	139
Histórico da Educação Profissional em Saúde <i>Isabel Brasil Pereira</i>	155
O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas Voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional <i>Márcia Valéria G. C. Morosini, Anamaria D'Andrea Corbo e Cátia Guimarães</i>	189

Apresentação da Coleção

Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde

A coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, organizada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), é dirigida aos docentes das instituições responsáveis pela formação dos agentes comunitários de saúde, em particular às Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS). Estas escolas públicas da área da saúde, majoritariamente ligadas às Secretarias de Saúde dos estados e municípios, dedicam-se à educação profissional dos trabalhadores de nível médio e técnico do SUS, estando organizadas em âmbito nacional, desde 2000, na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), da qual a EPSJV faz parte.

A idéia de uma coleção de textos de referência bibliográfica para os docentes que se dedicam à educação dos ACS surge do reconhecimento da necessidade de sistematizar e socializar os saberes fundamentais à formação desses profissionais, saberes estes que transcendem o nível local e conformam uma base comum ao trabalho. A coleção buscou também contemplar o entendimento de que o ACS realiza um trabalho complexo, cujas bases técnicas não podem ser descontextualizadas das relações sociais e políticas que as atravessam e condicionam. Tal premissa marca a concepção de educação profissional promovida pela EPSJV/Fiocruz, que entende o trabalho como princípio educativo e a formação docente como um processo contínuo no qual pesquisa e ensino se articulam em objetos de trabalho e investigação permanentes.

As discussões abordadas nos livros que compõem a coleção emergiram dos debates realizados com docentes, ACS, gestores e especialistas (representantes das coordenações municipais e estaduais da Saúde da Família) em oficinas regionais desenvolvidas em três escolas da Retsus – no Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza (Natal-RN), na Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (Rio Branco-AC) e na Escola Técnica de Saúde de Blumenau (Blumenau-SC) –, contemplando as três macrorregiões geoeconômicas do país, respectivamente, Nordeste, Amazônia e Centro-Sul. Nestas oficinas, participaram também o Centro

de Formação de Pessoal Caetano Munhoz da Costa, do Paraná, a Escola de Formação em Saúde de Santa Catarina e o Centro de Formação de Recursos Humanos da Paraíba.

Nesses encontros, almejou-se reconhecer as condições do trabalho dos ACS, buscando a interlocução necessária à construção da coleção. Esse processo se deu no âmbito do projeto “Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: melhoria da qualidade na Atenção Básica”, coordenado pela EPSJV/Fiocruz, realizado em parceria com Escolas Técnicas do SUS, e financiado pelo Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública: Sistema Único de Saúde (PDTSP-SUS) da Fiocruz, edital 2004. A coleção foi viabilizada, assim, pelo diálogo já constituído no interior da Rede, apresentando-se, desta forma, também, como uma contribuição ao seu fortalecimento e ao processo de colaboração e parceria entre estas escolas.

Para melhor localizarmos a coleção no contexto da formação técnica dos ACS, devemos, então, remetermo-nos, em primeiro lugar, às questões relativas ao seu trabalho e à sua profissionalização e, em segundo lugar, ao projeto do qual a coleção resulta, incluindo suas concepções sobre trabalho, conhecimento e material didático.

A Formação do ACS e a Relevância desta Coleção

Em meados de 2004, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação publicaram o Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de saúde, instituindo a formação técnica deste trabalhador e trazendo uma contribuição fundamental à regulamentação desta profissão, estratégica para a reorganização da atenção básica no SUS, por meio da Saúde da Família. Entretanto, a operacionalização da formação em nível técnico dos ACS não constitui tarefa simples. Esta operacionalização se depara com as complexidades inerentes à própria configuração da atividade dos ACS, no que diz respeito à natureza inovadora da atividade, à fragilidade de sua identidade profissional e à regulamentação incipiente. Além disso, a formação dos ACS transcende o setor da saúde.

Reconhecidamente o trabalho do agente comunitário de saúde lida com questões relativas à cidadania, à política, às condições de vida e à organização dos grupos e suas relações, incluindo a família. Assim, exige o aporte de conhe-

cimentos que extrapolam o campo da saúde, e que precisam estar sistematizados na formação dos ACS, além dos saberes específicos que perpassam a prática cotidiana da sua atuação. Independentemente da realidade local em que o ACS se encontra, estes eixos são estruturantes para o desenvolvimento de um trabalho com qualidade no campo da saúde.

A produção de material didático não está descolada desta complexidade. Porém, o material produzido para apoiar a capacitação dos ACS, que se desenvolveu predominantemente em serviço, vem-se caracterizando predominantemente por centrar-se no desempenho das atividades e atribuições específicas desses trabalhadores. Este tipo de material, embora tenha uma aplicação justificada em algumas circunstâncias específicas de qualificação, pode, por outro lado, reforçar a simplificação do trabalho do ACS e reduzi-lo à sua dimensão operacional, não contemplando, de forma satisfatória, a abrangência requerida por uma formação técnica congruente com a complexidade inerente com a complexidade inerente às diversas etapas do trabalho em saúde.

O nível técnico, em nossa perspectiva, introduz a oportunidade de elaboração de um projeto político pedagógico que fundamente o saber sobre o trabalho e recupere as bases técnicas que o estruturam e o qualificam, constituindo-se na possibilidade de domínio pelo trabalhador do conhecimento científico construído pela humanidade. Este conhecimento permite ao sujeito a apropriação dos fundamentos teóricos e técnicos do seu trabalho, ampliando-lhe a compreensão do processo em que se insere.

A partir da atuação das ETSUS na formação técnica dos agentes comunitários, estas escolas iniciaram a produção de material didático dirigido para tal formação. A diretriz que prevaleceu foi que este material deveria ser sensível à realidade local em que se desenvolve o trabalho e a formação do ACS, em atenção às diferenças regionais. Entretanto, é de se considerar que tais diferenças expressam também desigualdades socialmente produzidas e que se ater a elas pode implicar a sua reprodução. Além disso, mesmo se considerando que há contextos e práticas culturais particulares, partimos do princípio que há conhecimentos que constituem uma base comum para a produção da saúde, e, portanto, para o trabalho e a formação do ACS.

Neste cenário, coloca-se a pertinência e a necessidade da presente proposta. Primeiro, por objetivar constituir um referencial bibliográfico sistematizado e tematizado a partir de um projeto formativo norteado por diretrizes

nacionais. Segundo, por buscar articular as diretrizes nacionais à realidade local, através da integração das escolas técnicas que concebem os planos de curso orientados pelas diretrizes nacionais e que realizam a formação dos ACS locais. Terceiro, por visar o docente que participa dessa formação técnica e que participará ativamente da elaboração do próprio material, ensejando um duplo processo de qualificação desse docente: no próprio processo de produção do material e na sua utilização posterior.

Concepções Teórico-Methodológicas de Construção do Material Didático

Quanto aos referenciais teórico-metodológicos, destacamos a orientação de pautar a produção do material didático pela consideração dos diferentes discursos em disputa histórica sobre temáticas centrais à formação dos agentes comunitários: trabalho, educação e saúde. A concepção aqui defendida é a de que não há forma de tratar tais temáticas sem problematizar as noções, sócio-historicamente produzidas, a respeito destas.

A metodologia experimentada não está circunscrita à adaptação dos conhecimentos das tecnologias de base física e organizacional para a realidade dos agentes comunitários de saúde. Em certa medida, tal adaptação poderia significar o reforço da concepção de processo de trabalho como soma de funções executadas e do agente comunitário como último nível na hierarquia da divisão social e técnica do conhecimento. Assim, na perspectiva da presente coleção, uma forma de colocar em xeque a divisão social e técnica do trabalho é colocar os conceitos acima apontados em sua historicidade – via noções em disputa no discurso dos docentes, dos ACS, dos trabalhadores da saúde da família, enfim, em todos os sujeitos envolvidos na configuração da formação e do trabalho do ACS. Ou seja, o conhecimento não é neutro; o conhecimento se define como tal porque implica formas de ação e de existência – no caso, dos trabalhadores da saúde.

Neste sentido, a diversidade de temas e questões tratadas pela presente coleção ao longo dos seis volumes não constitui um “adendo” ou uma busca de “iluminar” os docentes atuantes na formação dos ACS. Parte-se do princípio que a historicidade do conhecimento – que passa por analisar

suas condições de produção e de disputa – está no cerne da compreensão e da construção do trabalho e da formação do ACS, tanto quanto o conhecimento mais imediatamente associável à prática desse trabalhador.

Note-se também que a compreensão de material didático, construída no âmbito dessa coleção, não se confunde com aquela que concebe este tipo de texto unicamente como instrumento *in loco* do processo ensino-aprendizagem. Ao contrário, compreende o processo ensino-aprendizagem de forma ampliada, abrangendo a formação do docente e a concepção do docente como um investigador. Destarte, nosso material didático formata-se como textos de referência que articulam ensino e pesquisa como dimensões indissociáveis da educação profissional, podendo constituir-se em uma biblioteca de consulta.

Está também presente em nossa concepção de material didático a necessidade de considerar – e colocar em confronto – a realidade cotidiana dos serviços e o conhecimento socialmente acumulado como ponto de partida da formação da classe trabalhadora. Entendemos esse confronto entre os significados como uma dinâmica profícua, na medida em que os contextos diferenciados, quando em interação, estabelecem uma relação não apenas de justaposição ou de indiferença, mas, sobretudo, de interação e conflito. Nesta relação pode-se estabelecer o diálogo, havendo tantas significações possíveis quantos os projetos histórico-sociais em disputa.

Neste sentido, a construção do material didático de apoio aos docentes atuantes na formação dos agentes comunitários de saúde orienta-se pela idéia de diálogo como condição de linguagem, diálogo entendido aqui como a inexorável inscrição de sujeitos e discursos na história – para que se produza sentido, conhecimento, saber. Logo, o diálogo, na perspectiva aqui adotada, é constitutivo da própria linguagem e do conhecimento.

No entanto, esta condição de linguagem chamada por nós aqui de “diálogo” se realiza e se manifesta historicamente nas mais diferentes formas, inclusive naquela que busca negar sua própria existência: ou seja, aquela que tenta reprimir, na superfície do texto, o caráter histórico e social dos conceitos. O resultado disto, no âmbito do material didático, é a idéia de que o conhecimento ali apresentado e construído se confunde com o real.

A presente coleção almeja alcançar o horizonte oposto, buscando incorporar a noção de livro didático como um processo e um texto em que múltiplas vozes estão representadas e, algumas vezes, em conflito. Além da própria for-

ma de implementação do projeto de pesquisa do qual este material didático emerge, este atravessamento de temáticas no trabalho do ACS ganha materialidade no tratamento editorial da coleção, no qual buscou-se explicitar, através de notas remissivas cruzadas em cada texto, a abordagem de conceitos e noções tratadas por outros textos também publicados na coleção. Esta direção constitui um dos passos para construir os conteúdos curriculares centrais à formação do agente comunitário e para colocar como questão o resgate e a produção de conhecimento envolvidos neste trabalho.

Nesta perspectiva, portanto, entendemos o livro didático como um artefato que também pode potencializar que os sujeitos-leitores vivenciem a leitura como um ato que permita a compreensão da dimensão histórica da produção do conhecimento, abrindo espaço para o questionamento e a resignificação do texto.

Enfim, entendemos o material didático como uma tecnologia educativa que pode problematizar a naturalização de conceitos e noções que atravessam o trabalho e a formação do ACS, entendendo que estes também são fruto de um processo em que o trabalhador foi “subalternizado” e expropriado da criação do trabalho. Mais que uma “devolução”, no entanto, os textos aqui publicados consistem de um questionamento direto da invisibilidade e da simplicidade deste trabalho, explicitando sua inevitável inscrição histórica nas práticas e nos saberes do trabalho em saúde.

*Márcia Valéria G. C. Morosini
Carla Macedo Martins*

Equipe do projeto Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: melhoria da qualidade na atenção básica

Coordenação do Projeto:

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini

Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde – EPSJV/Fiocruz

Equipe de pesquisa:

Integrantes da equipe no âmbito da EPSJV/Fiocruz:

Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde:

Ana Lúcia Pontes

Angélica Ferreira Fonseca

Carla Macedo Martins

Gustavo Corrêa Matta

Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde:

Adriana Ribeiro Rice Geisler

Valéria Lagrange

Vice-direção de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico:

Isabel Brasil Pereira

Secretaria Técnica da RET-SUS:

Renata Reis

Assessoria da Vice-direção de Ensino e Informação:

Anakeila de Barros Stauffer

Coordenação da Cooperação Internacional:

Anamaria D'Andrea Corbo

Integrante do projeto em outra instituição:

Universidade Federal Fluminense – Faculdade de Enfermagem

Ana Lúcia Abrahão

Secretaria administrativa do projeto:

Gláucia Martins

Relação dos colaboradores, participantes das oficinas regionais do projeto **Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: Melhoria da Qualidade na Atenção Básica**, etapa fundamental para a construção da pauta de temas dos livros da **Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**¹.

Participantes da Oficina em Blumenau – SC:

Alaíde Maria Correa

Agente Comunitário de Saúde – Secretaria Municipal de Saúde – Blumenau

Arlete Barzenski

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do Curso Técnico de ACS Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (CFRH– Curitiba) – PR.

Cláudia Vilela de Souza Lange

Pedagoga – Coordenadora Geral – Escola Técnica de Saúde de Blumenau (ETS - Blumenau) – SC

Kátia Lúcia Brasil Pintarelli

Cirurgiã Dentista – ETS – Blumenau – SC

Lorete Margarida Bernardes

Pedagoga Coordenadora Administrativa – ETS – Blumenau - SC

Luis Carlos Kriewall

Veterinário – SMS – Blumenau

Maria de Fátima Campos

Enfermeira – Coord. Curso Técnico de Enfermagem – ETS – Blumenau - SC

Maria de Lourdes dos Santos

Enfermeira – Coordenadora PSF – SMS – Blumenau – SC

Nanci Aparecida da Silva

Enfermeira – Coordenadora PSF – SMS – Blumenau – SC

Náuria da Silva Guimarães

Pedagoga da ETS – Blumenau – SC

Nilcéia Bastos dos Santos

Agente Comunitário de Saúde – SMS – Blumenau – SC

Rosana A. Antunes Nunes

Pedagoga – Escola de Formação em Saúde (EFOS) – SC

Rosete de Jesus Rosa Boenner

Assistente social – Coordenadora Região Garcia – SMS – Blumenau - SC

Sandra Marli Buttei

Assistente Social – ETS – Blumenau – SC

Solange Melo de Liz

Agente Comunitário de Saúde – SMS – Blumenau – SC

Stella Maris Duarte

Enfermeira – Gerente PSF/UAS – SMS – Blumenau – SC

Susana Maria Polidório dos Santos

Pedagoga – EFOS – SC

Tereza Miranda Rodrigues

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do Curso Técnico de ACS – CFRH – Curitiba – PR

Coordenadores da oficina em Blumenau:

Marcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Ana Lúcia Abrahão; Anamaria D' Andréa Corbo; Anakeila de Barros Stauffer; Renata Reis Cornélio (EPSJV/Fiocruz)

Participantes da Oficina em Natal - RN:

Aldeci Padilha Honório

Pedagoga – Coordenadora pedagógica do Curso Técnico de ACS – Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza (Cefope) – RN

Ana Dilma da Silva

Agente Comunitária – Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante – RN

Aura Helena Gomes Dantas de Araújo

Enfermeira – Coordenadora pedagógica de Curso de Auxiliar de Enfermagem – Cefope – RN

Bárbara C. S. Farias Santos

Dentista – PSF – Secretaria Estadual de Saúde Pública – RN

Carolene de Fátima O. Estrela

Pedagoga – Coordenadora Pedagógica – Centro Formador de Recursos Humanos (Cefor – RH) – PB

Divaneide Ferreira de Souza

Enfermeira – Coordenadora Pedagógica do Curso de Aux. Enf. – Cefope – RN

Francisco Djairo Bezerra Alves

Agente Comunitário de Saúde – SMS – Natal – RN

Maria das Graças Teixeira

Socióloga - SMS – Natal – RN

Ivaneide Medeiros Nelson

Pedagoga – Assessora – Cefope – RN

Jacira Machado Alves Araújo

Dentista – Docente do Curso de Formação de ACS – Cefor RH – PB

Jeovanice Borja da Silva

Agente Comunitária de Saúde – SMS – Natal

Lêda Maria de Medeiros

Dentista – Coordenadora do Curso de THD e do Curso Técnico de ACS – Cefope–RN

Marco Aurélio Azevedo de Oliveira

Dentista – PSF – SMS Natal – docente – Cefope–RN

Maria Bernadete Almeida Cavalcanti

Enfermeira – Coordenadora Pedagógica do Curso de formação de ACS – Cefor–PB

Maria da Assunção Régis

Enfermeira – Coordenadora pedagógica dos Cursos de Qualificação do ACS - Cefope-RN

Maria da Conceição Jales de M. Guedes

Enfermeira – SMS de São Gonçalo do Amarante – RN

Maria das Graças Leite Rebouças

Enfermeira – Coordenadora do Curso de Aux.Enfermagem – Cefope–RN

Maria dos Remédios de Oliveira Macedo

Agente comunitária de saúde – PACS – SMS de São Gonçalo do Amarante – RN

Maria Luciene B. da Costa

Agente comunitária de saúde – SMS – Natal – RN

Maria Neusa da Nóbrega Almintas

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do curso de Enfermagem e Hemoterapia - Cefope-RN

Neuma Lucia de Oliveira

Dentista - PSF – SMS Natal – Docente – Cefope-RN

Maria das Graças da Silva Lucas

Historiadora – Técnica do Setor de Desenvolvimento de Pessoal – SMS – Natal – RN

Maria das Neves M. Maia (Nevinha)

Administradora – Coordenadora pedagógica da formação do ACS – Cefope-RN

Solane Maria Costa

Enfermeira – Coordenadora local dos ACS – PACS/PSF – Secretaria Estadual de Saúde Pública – RN – Assessora do COSEMS – RN

Uiacy Nascimento de Alencar

Assistente social – Coordenadora do PSF/PACS Estado-RN – Secretaria Estadual de Saúde Pública – RN

Vera Lucia da Silva Ferreira

Enfermeira – Diretora – Cefope-RN

Verônica Maria e Silva

Enfermeira – Coordenadora pedagógica do curso de Aux. Enfermagem – Cefope-RN

Coordenadores da oficina em Natal:

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Angélica Ferreira Fonseca; Anamaria D' Andréa Corbo; Anakeila de Barros Stauffer (EPSJV/Fiocruz)

Participantes da oficina em Rio Branco – AC:

Analdemira da Costa Moreira

Enfermeira – Área Técnica de Leishmaniose – Supervisão das U.S.F. – SEMSA –
Coordenação Local do PROFAE–Acre – Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da
Rocha – ETSMMR

Aurílio Fernandes de Lima

Biólogo – mediador – ETSMMR – Secretaria de Estado de Saúde do Acre – SESACRE

Elza Fernanda Leão de Assis

Bióloga/Enfermeira – mediadora – ETSMMR

Érica Fabíola Araújo da Silva

Enfermeira – Área Técnica de Tabagismo – Supervisora das U.B.S. – SEMSA –
mediadora – ETSMMR

Francisca Lima do Nascimento

Pedagoga – Assessora Pedagógica

Francisca Viana de Araújo

ACS – PSF – Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – SEMSA
Gerência de Educação Profissional – GEPRO – Secretaria de Estado de Educação

Glacimar Alves de Nazaré

Pedagoga – assessora pedagógica – ETSMMR

Herleis Maria de Almeida Chagas

Enfermeiro – coordenadora de Saúde Comunitária (PACS/PSF) - SEMSA

Jarderlene Borges de Matos

ACS – PACS – SEMSA

João Batista Francalino da Rocha

Enfermeiro – Gerência de Ações Básicas de Saúde (GABS) – SEMSA

João Bosco Moreira Martins

Pedagogo – Assessor Pedagógico – ETSMMR

Lôdia Maria Lopes da Silva

Licenciada em Letras – mediadora – Assessora de Português – ETSMMR

Maria Estela Livelli Becker

Enfermeira – mediadora – ETSMMR

Maria Zulênia da Silva Sousa

ACS – SEMSA

Marlene Campos dos Reis

Enfermeira – Área Técnica Hipertenso e Diabetes – SEMSA – mediadora – ETSMMR

Marlene da Silva de Oliveira

Pedagoga – Coordenadora de Aprendizagem – ETSMMR

Mirtes da Silva Andrade Ribeiro

Enfermeira – mediadora – ETSMMR

Neidiany Vieira Jovarini

Psicóloga – mediadora – ETSMMR

Patrick Noronha Dantas

Enfermeiro – mediador – ETSMMR

Raimundo Jesus Pinheiro

Enfermeiro – Coordenador Local – ETSMMR

Rosa Maria da Silva Costa Rocha

Bióloga – sanitária – Coordenadora Técnica do Curso de Agentes Comunitários de Saúde – ETSMMR

Roseane da Silveira Machado

Enfermeiro – ETSMMR – SESACRE

Rosinei de Queiroz

ACS – PSF – SEMSA

Silene Ferreira da Silva

ACS – PSF – SEMSA – Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Rio Branco

Simone Maria de Souza do Nascimento

ACS – Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Rio Branco

Talita Lima do Nascimento

Enfermeira – Coordenação Geral – ETSMMR

Valéria Cristina de Moraes Pereira

História – Coordenação de Recursos Administrativos – ETSMMR

Vânia Maria Lima da Silva

Enfermeira – Coordenadora Técnica da área de Enfermagem – PROFABE – Acre

Coordenadores da Oficina em Rio Branco:

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Anakeila de Barros Stauffer; Carla Macedo Martins; Gustavo Corrêa Matta.

¹ Os créditos institucionais referem-se à situação dos colaboradores à época da realização das oficinas.

Apresentação do Livro

O livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde* é o quinto da coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, composta de seis volumes voltados para os docentes do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os temas deste livro emergiram nas oficinas, sobretudo a partir da discussão do eixo *Processo de Trabalho em Saúde*. Podemos dizer que o esforço de tratar teoricamente e contextualizar historicamente os diversos temas deste livro foi motivado pela necessidade de discutir questões tais como o 'trabalho em equipe', a 'divisão e fragmentação do trabalho' e 'projetos de qualificação', que se fizeram presentes nos debates de todos os oito eixos que orientam a produção da coleção. Assim, podemos dizer que o objeto de estudo é o trabalho, no cenário do Programa de Saúde da Família (PSF), e as suas relações com a educação e a saúde.

O primeiro texto "Conceitos básicos sobre o trabalho", escrito por Marise Nogueira Ramos, aborda o 'trabalho' em sua dimensão ontológica e histórica. Pautando-se na concepção marxista, a autora percorre conceitos como 'trabalho concreto', 'trabalho abstrato', 'trabalho assalariado', 'trabalho intelectual', 'trabalho manual', 'complexidade do trabalho' e 'trabalho simples'. Auxilia-nos, ainda, a pensar o 'trabalho em saúde', analisando em que medida este se constitui como um elemento 'produtivo' ou 'improdutivo' ao capital. No que tange aos ACS, a autora explicita que pensar a formação deste segmento de trabalhadores é de extrema relevância na medida em que confronta os saberes produzidos em seu processo de trabalho – diante das agruras e possibilidades que as condições materiais de vida das comunidades em que se inserem se lhes apresentam – e os saberes produzidos pelas ciências.

O texto de Júlio César França Lima, intitulado "Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde", traz a dimensão ontológica do trabalho, afirmando a relação histórica e inextrincável entre as necessidades de saúde e a constituição do trabalho em saúde. O autor traça um percurso histórico destacando que, a partir da consolidação da sociedade capitalista, o homem compreende-se como produtor de sua própria existência, tornando seu corpo o depositário de sua força de trabalho. A partir desta lógica, o trabalho em saúde se organiza pensando e intervindo não somente nos corpos individu-

ais, mas também no corpo social, criando um discurso normativo e disciplinar sobre a saúde/doença. Diante disto, afirma o autor que o trabalho em saúde ultrapassa a questão puramente técnica, tendo em vista que se institui como uma prática social que deve manter e reproduzir a força de trabalho, buscando controlar as tensões e antagonismos sociais produzidos pelo capitalismo, possibilitando a manutenção/reprodução da força de trabalho, assim como a produção da mais-valia.

Em “A temática do processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família”, de Ribeiro, Pires e Blank, as autoras buscam analisar as características atuais do trabalho do ACS tendo por referência três eixos de discussão teórica: ‘o processo de trabalho’, ‘o setor de serviços’ e o ‘trabalho em saúde’. O artigo faz um percurso no qual apresenta uma revisão histórica sobre conceitos dos três eixos, que subsidiam a discussão sobre o contexto atual do trabalho no PSF, evidenciando sua interface com os próprios modelos, a partir dos quais se estruturam o cuidado em saúde. Perpassa todo o texto a preocupação das autoras em não dissociar a dimensão macropolítica da organização de sistemas de saúde e das práticas de gestão. Ao discutir especificamente o trabalho do ACS, o texto nos incita a refletir de modo crítico sobre as características desse trabalho e os elementos que o tornam consoante e dissonante com a proposta de transformação do modelo de atenção.

Em diálogo estreito com a temática do artigo anterior, Ana Lúcia Abrahão, em “Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde”, inicia sua discussão enfatizando as características que permitem entender o trabalho em saúde como ‘trabalho vivo’, ressaltando a presença de elementos materiais e não-materiais empregados na ‘elaborada teia do processo de trabalho em saúde’. É a partir dessa argumentação que a autora desenvolve uma discussão em torno do uso do conceito de tecnologia no campo da saúde. Ao trazer as referências teóricas que nos conduzem à ampliação do entendimento sobre tecnologias – em geral limitadas a tecnologias de base física –, a autora nos propõe perceber a articulação entre os saberes profissionais e as práticas cotidianas que se produzem no cuidado em saúde como dispositivo que conforma diferentes tecnologias neste campo. Apoiada pela categorização das tecnologias em “leve”, “leve-dura” e “dura” (Mehry), e, sobretudo, investindo nas potências das tecnologias leves, Abrahão nos convoca a pensar sobre as transformações possíveis e necessárias no fazer em saúde.

O texto “As políticas de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde e o agente comunitário de saúde”, de autoria de Mônica Vieira, tem por intuito analisar, do ponto de vista macropolítico, algumas questões primordiais que permeiam o campo da gestão do trabalho no SUS. A partir de uma retrospectiva histórica, a autora analisa como foi-se conformando a área de Recursos Humanos em Saúde até chegarmos à contemporaneidade, onde, a partir da instauração das políticas neoliberais, não concretizamos o intento de um projeto de proteção social em nosso país, acentuando-se as desigualdades econômicas e sociais. Compreendendo que vivemos um fosso entre o SUS constitucional e o SUS real, são-nos apresentados dados recentes sobre a força de trabalho no SUS, enfocando, sobretudo, a situação de precarização e de luta do ACS como trabalhador estratégico na reordenação da Atenção Básica em nosso país. Reafirma-se, pois, que a inserção e a formação do ACS vêm-se constituindo como um *locus* de disputa entre distintos sujeitos coletivos que lutam por projetos de sociedade diferenciados, configurando-se, assim, uma relação dialética entre questões que pautam a formação destes trabalhadores e a gestão do trabalho no SUS.

O estudo de Isabel Brasil Pereira, “Histórico da educação profissional em saúde” explicita, desde o seu início, que a história será “tratada como continuidade e rupturas de idéias e projetos”. Do ponto de vista teórico, são as relações entre os conceitos de trabalho, qualificação e educação profissional que a autora privilegia, enfatizando suas marcas no modo de produção capitalista. Ao historicizar a profissionalização e a qualificação dos trabalhadores de enfermagem, a autora nos ajuda a entender como se produz a divisão social e técnica do trabalho desse segmento, refletindo sobre o significado desse processo para o campo da saúde. Pereira recupera ainda a legislação sobre educação profissional e a história das instituições de formação de trabalhadores de nível médio na saúde e de projetos de qualificação de porte nacional, convocando-nos a uma reflexão sobre interações concretas entre os campos da educação e da saúde. Ao longo do artigo, a autora mantém em evidência o questionamento sobre a naturalização do trabalho de nível médio na saúde, sustentando a idéia de que é possível e necessário construir projetos contra-hegemônicos nos quais a formação de trabalhadores figure no sentido da transformação da sociedade.

No texto de Morosini, Corbo e Guimarães “O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do

trabalho e da formação profissional” as autoras, privilegiando as políticas oficiais de profissionalização e formação do ACS, recuperam a história desses profissionais no âmbito da estratégia de saúde da família. Para tal, desenvolvem análise articulada das políticas de educação profissional e gestão do trabalho, por meio dos processos políticos desenvolvidos, das estratégias implantadas, das normatizações estabelecidas e da legislação produzida. O artigo oferece ainda uma ênfase na reflexão sobre a formação de ACS em nível técnico e traz elementos para pensarmos o papel desempenhado pelo Ministério Público do Trabalho nesse processo e os desafios presentes no cenário político do movimento organizado desses trabalhadores, especialmente a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde, visando à efetiva realização da formação técnica.

Os autores dos textos, todos docentes que atuam diretamente na formação de trabalhadores da saúde, dialogam com as questões do cotidiano do trabalho do ACS e constroem análises históricas a partir das quais afirmam o lugar do trabalhador de nível médio como sujeito crítico, com potencial de intervir no campo da saúde. De modo plenamente consoante com os demais livros da coleção, o texto que compõe essa obra expressa a recusa à minimização dos saberes propostos para a formação desses trabalhadores e assim se estabelece como projeto que assume a qualificação, nesse caso em nível técnico, como espaço de valorização do trabalho e do trabalhador.

*Angélica Ferreira Fonseca
Anakeila de Barros Stauffer*

Conceitos Básicos sobre o Trabalho

Marise Nogueira Ramos

Introdução

Este texto aborda o 'trabalho', experiência estruturante de nossas vidas, sobre a qual certamente temos muito o que contar. Mas quantos de nós paramos para pensar sobre o que é o trabalho? Ou, por que trabalhamos? Ou, ainda, refletimos se haveria outras formas de organizarmos nosso cotidiano? Por que encaramos o trabalho como obrigação? E por que temos que dispor tanto tempo para o trabalho e tão pouco para o lazer e o descanso?

Se não fazemos essas perguntas freqüentemente, esperamos que este texto nos provoque a fazê-las, quiçá, a respondê-las. Isto porque vamos analisar, primeiramente, que essa forma que o trabalho assume de obrigação, de imposição, às vezes, de sacrifício, é contraditória com o potencial de criação, de satisfação e de produção que o ser humano possui e que se realiza pelo trabalho. De fato, o ser humano é um ser de necessidades, pois ele precisa produzir sua própria vida. Como diria o professor Frigotto (2005), somente se nós nos transformássemos em 'anjos' é que poderíamos parar de trabalhar, pois não há como suprimos nossas necessidades, desde as mais básicas, vindas do corpo (a fome, o frio, a proteção etc.), até as necessidades do espírito (o desejo, o prazer e a estética, por exemplo), se não produzirmos os meios para fazê-lo. Mas a superação de necessidades potencializa também a liberdade, pois quando satisfazemos uma necessidade, libertamo-nos dela e conquistamos condições para realizarmos outras coisas. Ou seja, o ser humano é um ser de necessidades, mas é superando-as que conquistamos a liberdade. E é pelo trabalho que esse movimento de passagem da necessidade para a liberdade acontece.

Quando falamos de liberdade, não falamos do tempo de lazer que nos é reservado, normalmente, nos fins de semana, após uma jornada semanal de trabalho. Este não é um tempo de liberdade. É um tempo imposto e determinado por outrem. Sob esse tipo de relação nós não temos autonomia nem produzimos para satisfazer diretamente nossas necessidades e, assim, conquistamos tempo de liberdade. Produzimos para satisfazer as necessidades de outras pessoas, que não têm, para nós, rosto, nome ou história. Isto é, não nos iden-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

tificamos com ela. O que queremos dizer é que, na sociedade gerida pelo capital, trabalhamos para satisfazer as 'necessidades' do capitalista, qual seja, a de gerar lucro e de apropriar-se do produto de nosso trabalho para acumular riqueza. Nossas necessidades ficam reduzidas aos bens e serviços que nos mantêm vivos e em condições de trabalhar, os quais temos que comprar na forma de mercadorias com o nosso salário.

O descanso, o programa com a família, uma distração com o cinema, o futebol ou o passeio também acabam sendo meios exclusivamente voltados para nos manter vivos como força de trabalho, já que ninguém conseguiria, física e psicologicamente, trabalhar seguidamente sem esses intervalos. Somente devido à nossa capacidade criativa e de transformar nossas experiências em oportunidades interessantes, prazerosas e virtuosas, é que nos identificamos positivamente com esses momentos. Mas eles não representam, ainda, tempo real de liberdade, posto que não nos pertence. Este tempo pertence, na verdade, àqueles que nos pagam por ele. O tempo realmente de liberdade dos trabalhadores é, ainda, uma utopia a ser atingida pela reapropriação de todos os meios e capacidades de produzirmos diretamente nossa existência e deixarmos de subordiná-la a outrem.

Com a crise do emprego, o tempo que acaba nos sendo imposto não é o da obrigação do trabalho ou o do lazer programado, mas o tempo de miséria, de angústia, de desespero. Nessas condições, nós, trabalhadores, nos vemos privados até mesmo de vender a nossa força de trabalho e podermos receber um salário para adquirir os bens básicos que nos mantêm vivos. Este tempo só 'cinicamente', pode ser chamado de 'tempo livre', ou de 'ócio'.

Enfim, é com a finalidade de enfrentarmos essas contradições que estudaremos esse texto. Pretendemos que os esclarecimentos aqui apresentados nos forneçam elementos que nos ajudem a compreender porque vivemos o tempo de angústia produzido pela ameaça ou pela experiência do desemprego, se a humanidade chegou a um estágio de produção de tantas maravilhas científicas e tecnológicas, que possibilitariam que todos nós trabalhássemos menos, e, assim, se reduzisse o tempo de necessidade aumentando o tempo de liberdade.

Vamos estudar, então, os conceitos básicos sobre o trabalho. Veremos 'a dupla face do trabalho', no sentido de ser inerente à vida humana – dimensão ontológica –, mas de apresentar-se em formas diferentes ao longo da história, e sob o capitalismo, como tempo explorado. Analisaremos o 'trabalho concre-

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

to', quando nos reconhecemos no produto de nosso trabalho e o 'trabalho abstrato', quando, ao contrário, somos alienados desse produto. A partir disto, situaremos a gênese do 'trabalho assalariado'. Vamos procurar entender também como a 'divisão do trabalho' adquire especificidades no sistema capitalista, separando 'trabalho intelectual' e 'trabalho manual' e reduzindo a 'complexidade do trabalho' a 'trabalho simples'. Esses fenômenos têm implicações históricas sobre o significado e as finalidades de formação dos trabalhadores, e a isto dedicaremos algumas reflexões. Finalmente, perguntaremos se o 'trabalho em saúde' pode ser reduzido à mercadoria, o que quer dizer se ele é 'produtivo' ou 'improdutivo' para o capital. Concluiremos o texto apresentando o desafio de resgatar o sentido do trabalho em saúde como produtor de vidas humanas em sua plenitude, e não somente como produtor de mercadorias, resgatando, desse modo, o sentido ontológico do trabalho em saúde.

A Dupla Determinação do Trabalho: ontológica e histórica

Consultando no dicionário o verbete 'trabalho', escrito por Liedke (1997: 268), encontraremos, inicialmente, a seguinte abordagem: "como categoria abstrata, o trabalho pode ser entendido, estritamente, como esforço físico ou mecânico, como energia despendida por seres humanos, animais, máquinas ou mesmo objetos movidos por força da inércia".

Notemos que o trabalho, nessa definição, aparece como esforço realizado ou energia despendida por humanos e não-humanos. De fato, por vezes falamos em 'colocar a máquina para trabalhar' ou pensamos em abelhas e formigas, naturalizando idéias de que elas, ao construírem suas casas, ou ao transportarem seus alimentos, estão 'trabalhando'.

A descrição do verbete busca avançar em relação à primeira definição quando afirma que "a energia colocada em movimento (o trabalho) tem por resultado a transformação dos elementos em estado de natureza ou, ainda, a produção, manutenção e modificação de bens ou serviços, necessários à sobrevivência humana" (Liedke, 1997: 268). Assim, só poderia ser considerado trabalho o dispêndio de energia cujas finalidades são humanas. Neste caso, abelhas e formigas não 'trabalhariam', porque o resultado de seus esforços não se destina ao ser humano (ainda que este possa se apropriar do mel produzido pelas abelhas). Mas um cavalo, ao puxar uma carroça, trabalha? Para dirimir

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

essa dúvida definitivamente seria melhor perguntarmos: algum desses animais 'planeja' despende esforços para a satisfação de suas necessidades? A resposta é óbvia: não!

Notemos, ainda, a afirmação de que o trabalho tem como resultado – e poderíamos dizer, a finalidade – a 'transformação' do objeto, do meio, ou da situação a ele submetido. O processo de satisfação de necessidades humanas, condição necessária para que a vida humana se reproduza, é, então, um processo de transformação. Transformação essa, primeiramente, da própria natureza – que se torna cada vez mais 'humanizada' – e do próprio ser humano.

George Lukács nos ajuda a compreender a especificidade do trabalho como base do pensamento e da atividade humana quando afirma:

para que possa nascer o trabalho, enquanto base dinâmico-estruturante de um novo tipo de ser, é indispensável um determinado grau de desenvolvimento do processo de reprodução orgânica (...). A essência do trabalho consiste precisamente em ir além dessa fixação dos seres vivos na competição biológica com seu mundo ambiente. O momento essencialmente separatório é constituído não pela fabricação de produtos, mas pelo papel da consciência, a qual, precisamente aqui, deixa de ser mero epifenômeno da reprodução biológica: o produto, diz Marx, é resultado que no início do processo existia 'já na representação do trabalhador', isto é, de modo ideal. (Lukács, 1978: 4-5)

Com essas afirmações o autor nos quer dizer: a) o trabalho transforma, ao mesmo tempo, a natureza e aquele que trabalha; b) só existe trabalho quando a ação e o produto da ação são projetados conscientemente por quem trabalha. Essa capacidade é exclusiva aos seres humanos, que são seres sociais. Portanto, o trabalho é inerente à produção da vida humana.

Vejamos o que Karl Marx nos fala sobre o sentido geral do trabalho como produção humana, nos seus *Manuscritos Econômico-Filosóficos*, de 1844. Diz ele que o ponto de partida é que tanto o homem como o animal, para viverem, dependem de uma base física. Trata-se da natureza 'inorgânica', pois os seres são também natureza: uma natureza 'orgânica'. Uma vez que o homem é mais universal do que o animal, também mais universal é a esfera da natureza inorgânica em que ele vive. No plano físico, o homem vive apenas dos produtos naturais, na forma de alimento, calor, vestuário ou habitação etc. A universalidade do homem aparece praticamente na universalidade que faz de toda a natureza o seu corpo inorgânico, primeiro como imediato meio de vida; depois como objeto material e instrumento da sua atividade vital. O homem vive da

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

natureza, com a qual tem de manter-se em permanente intercâmbio para não morrer (Marx, 2001: 116).

O trabalho, a 'atividade vital', a vida produtiva, é o único meio que satisfaz uma necessidade primeira, a de manter a existência física. A vida produtiva do ser humano, então, é, inicialmente, a própria criação da vida. "No tipo de atividade vital está todo o caráter de uma espécie, o seu caráter genérico; e a atividade livre, consciente, constitui o caráter genérico do homem" (Marx, 2001: 116).

Enquanto o animal não se diferencia de sua atividade vital, o homem faz da atividade vital o objeto de sua vontade e consciência. A vida é para ele um objeto. Por este motivo a sua atividade surge como atividade livre. O animal também produz, por exemplo, ergue um ninho, uma habitação, como as abelhas, os castores, as formigas etc., mas só produz o que é absolutamente necessário para si ou para os seus filhotes; produz apenas numa só direção, ao passo que o homem produz universalmente. O animal produz somente sob a dominação da necessidade física imediata, enquanto o homem produz quando se encontra livre da necessidade física e só produz verdadeiramente na liberdade de tal necessidade; o animal apenas se produz a si, ao passo que o homem reproduz toda natureza; o produto da espécie animal pertence imediatamente ao seu corpo físico, enquanto o homem é livre diante do seu produto. O animal constrói apenas segundo o padrão e a necessidade da espécie a que pertence, ao passo que o homem sabe como produzir de acordo com o padrão de cada espécie e sabe como aplicar o padrão apropriado ao objeto; assim, o homem constrói também em acordo com as leis da beleza.

Desse modo, o trabalho em geral e o seu produto – como trabalho passado, objetivado – são criadores de riqueza e produtores de vida humana em qualquer tempo ou lugar, o que equivale dizer que o trabalho humano tem uma determinação ontológica.¹

Marx, entretanto, insiste na determinação também histórica da natureza do trabalho:

até as categorias mais abstratas – precisamente por causa de sua natureza abstrata –, apesar de sua validade para todas as épocas, são, contudo, na determinidade desta abstração, igualmente produto de condições históri-

¹ Ontologia quer dizer o conhecimento do ser enquanto ser, considerado em si mesmo, independentemente do modo pelo qual se manifesta.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

cas, e não possuem plena validade senão para estas condições e dentro dos limites destas (...). O desenvolvimento histórico repousa em geral sobre o fato de a última forma considerar as formas passadas como etapas que levam a seu próprio grau de desenvolvimento, e dado que ela raramente é capaz de fazer a sua própria crítica, e isso em condições bem determinadas – concebe-os sempre sob um aspecto unitateral. (Marx, 1988: 120)

Explicitamos, então, a dupla determinação do trabalho: ontológica – produção da vida humana independentemente do modo como se manifesta – e histórica, o que quer dizer que, ao longo de sua história, o ser humano organizou relações sociais de produção da vida que proporcionou o surgimento de diferentes formas de trabalho, por exemplo, o trabalho primitivo, o servil, o escravo e o assalariado. Este último é próprio do modo de produção capitalista na moderna sociedade burguesa e entra em crise desde meados do século XX. É sobre a gênese e o desenvolvimento do trabalho assalariado que vamos nos debruçar para compreendermos a diferença entre trabalho concreto e trabalho abstrato. Analisaremos esta diferença no item a seguir.

Trabalho Concreto e Trabalho Abstrato

Conforme vimos no item anterior, o ser humano precisa trabalhar para viver. Essa idéia parece não representar muita novidade, uma vez que ela faz parte de nosso cotidiano desde crianças. Algumas frases talvez ocupem nossas lembranças: 'quem não trabalha morre de fome'; 'se você não trabalhar vai virar ladrão ou mendigo'. Ocorre que essas 'lições' estão encharcadas de julgamentos morais, por um lado, e vazias de realidade, por outro. Moralmente elas se associam ao mito de que 'o trabalho dignifica o homem'. Na verdade, há que se ver em que condições e sob que relações sociais a dignidade humana é preservada ou mutilada.

Tais afirmações dizem respeito ao emprego como sinônimo do trabalho e acabam ignorando ou menosprezando o significado, por exemplo, do trabalho doméstico, da mãe que cuida do filho, da mulher que limpa a casa, prepara a comida, costura uma roupa. Ouvindo essas afirmações talvez não nos lembremos do homem do campo que ara a terra para plantar o que lhe será a alimentação; da criança que auxilia o pai na plantação. Ou, ainda, do cuidado que tem uma parteira com a grávida ao dar à luz.

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

Provavelmente, o pensamento mais freqüente que nos vem quando pensamos que 'temos de trabalhar para viver' seja o de obter um emprego, de preferência de carteira assinada, ganhar um salário ao final do mês, e, com ele, comprarmos o que precisamos. Pode ser um emprego na indústria, no comércio ou nos serviços. Pode ser em instituições públicas ou privadas. Trabalho, muitas vezes, é considerado sinônimo de emprego. Mas todas as atividades de que falamos até agora são trabalho. Algumas são 'trabalho concreto'; outras, 'trabalho abstrato'. Este último equivale a uma forma histórica do trabalho que aparece na moderna sociedade burguesa quando a produção da existência humana se dá sob o modo capitalista.

Vimos que o trabalho ou as atividades a que as pessoas se dedicam são formas de satisfazer as suas necessidades. Portanto, fazemos comida porque temos fome; costuramos uma camisa para o uso porque precisamos nos vestir; cuidamos das crianças porque elas não podem fazê-lo por si próprias; assistimos a um doente ou a um idoso também porque eles têm necessidades que exigem o cuidado do outro. Um artista, quando pinta um quadro, compõe uma música, toca um instrumento, dança etc., age satisfazendo necessidades emocionais, simbólicas e estéticas. Enfim, necessidades que não são somente do corpo, como as situações anteriores, mas do espírito.

Portanto, o trabalho humano efetiva-se, concretiza-se em coisas, objetos, formas, gestos, palavras, cores, sons, em realizações materiais e espirituais. Em todos os exemplos que demos foram produzidas coisas, formas e gestos etc. para serem usados. Ou seja, o valor dos produtos é determinado exclusivamente por sua utilidade. Dizemos, então, que foram produzidos 'valores de uso'. Também nesses produtos estão a marca, a lembrança, a expressão de nossas necessidades, esforços e habilidades. Nós nos percebemos 'concretamente' no ato e no produto desse tipo de trabalho. Falamos até aqui de 'trabalho concreto'.

Na sociedade capitalista, entretanto, o trabalho contido no produto possui duplo caráter: trabalho concreto e trabalho abstrato. O trabalho concreto corresponde à utilidade do produto (valor de uso), à dimensão qualitativa dos diversos trabalhos úteis. Porém, esse produto não se destina apenas à satisfação de necessidades de quem o usará. Ele tem um outro

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

valor, a saber: o valor de troca. E quando assim se constitui deixa de ser exclusivamente produto do trabalho humano para ser 'mercadoria'.

Para tornar-se mercadoria o produto não pode ser produzido como meio de subsistência imediato para o próprio produtor. Sob que circunstâncias os produtos tomam forma de mercadoria? Isso só ocorre em um modo de produção bem específico, o capitalista. A representação do produto como mercadoria supõe uma divisão de trabalho tão desenvolvida dentro da sociedade, de tal modo que haja a completa separação entre valor de uso e valor de troca.

Como explica Marx (1988: 45-53), a mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa que, pelas suas propriedades, satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada na coisa (desejo inclui necessidade; é o apetite do espírito e tão natural como a fome do corpo). Aqui também não se trata de como a coisa satisfaz a necessidade humana, se imediatamente, como meio de subsistência, isto é, objeto de consumo, ou se indiretamente, como meio de produção.

A utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso. Esse seu caráter não depende de se a apropriação de suas propriedades úteis custa ao homem muito ou pouco trabalho. Os valores de uso constituem o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social desta. Na forma da sociedade capitalista, eles constituem, ao mesmo tempo, os portadores materiais do valor de troca. Devemos salientar que uma coisa pode ser útil e produto do trabalho humano sem ser mercadoria. Quem, com o seu produto, satisfaz sua própria necessidade cria valor de uso, mas não mercadoria. Para produzir mercadoria ele não precisa produzir apenas valor de uso, mas valor de uso para outros, valor de uso social. Para tornar-se mercadoria, é preciso que o produto seja transferido a quem vai servir como valor de uso por meio da troca.

Para que alguém venda mercadorias, tem que possuir naturalmente meios de produção, por exemplo, matéria-prima e instrumentos de trabalho. Precisa, além disso, de meios de subsistência. Se a pessoa não possui os meios de produção, só pode contar com sua força de trabalho. Neste caso, ao invés de poder vender mercadorias em que seu trabalho se tenha objetivado, precisa, muito mais, oferecer à venda sua própria força de trabalho – como mercadoria –, que só existe em sua corporalidade viva.

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

Pessoas desprovidas dos meios de produção não existem somente no capitalismo. O servo e o escravo também dispunham de sua força de trabalho produzindo para os seus senhores em troca meios de subsistência. Também a existência do dinheiro não define, em si, esse modo de produção, mas somente que a troca de mercadorias atingiu um certo nível. As formas específicas de dinheiro, que pode ser definido como o equivalente de mercadoria ou meio circulante ou meio de pagamento, tesouro ou dinheiro mundial, apontam, de acordo com a extensão e a predominância relativa de uma ou de outra função, para estágios muito diferentes do processo de produção social.

Já o capital, este só surge onde o possuidor de meios de produção e de subsistência encontra o trabalhador livre como vendedor de sua força de trabalho no mercado. Por isto, o nascimento do capitalismo pressupõe a superação do modo de produção feudal e da escravidão. Para transformar dinheiro em capital, o possuidor de dinheiro precisa encontrar, portanto, o trabalhador livre no mercado de mercadorias, livre em um duplo sentido: primeiro, porque ele dispõe, como pessoa livre, de sua força de trabalho como sua mercadoria; segundo, porque ele não tem outras mercadorias para vender.

O que, portanto, caracteriza a sociedade capitalista é que a força de trabalho assume, para o próprio trabalhador, a forma de uma mercadoria que pertence a ele, e que, por conseguinte, seu trabalho assume a forma de trabalho assalariado. Entretanto, só a partir desse instante se universaliza a forma mercadoria dos produtos do trabalho. A partir de então, as relações de produção constituem relações de produção de mercadorias (valores de troca), tendo em vista a acumulação de capital. Mas é preciso salientar: a natureza não produz, de um lado, possuidores de dinheiro e de mercadorias e, de outro, meros possuidores das próprias forças de trabalho. Essa relação não faz parte da história natural, nem tampouco é comum a todos os períodos históricos.

Como valores de uso, as mercadorias são, antes de tudo, de diferente qualidade, mas, como valores de troca, só podem ser de quantidade diferente. Esta quantidade será a base que se 'paga' pela mercadoria. Essa base corresponde à quantidade de trabalho socialmente necessário para

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

produzir a mercadoria – única propriedade que resta a ela quando se abstrai o valor de uso.

Então, quando um produto do trabalho se transforma em valor de troca, todas as suas qualidades sensoriais se apagam. Deixa de ser mesa, ou casa, ou fio, ou qualquer outra coisa útil. Também já não é o produto do trabalho do marceneiro ou do fiandeiro ou de qualquer outro trabalho produtivo determinado. Ao desaparecer o caráter útil dos produtos do trabalho, desaparece o caráter útil dos trabalhos neles representados, e desaparecem também, portanto, as diferentes formas concretas desses trabalhos, que deixam de diferenciar-se um do outro para reduzir-se em sua totalidade igual a trabalho humano, o trabalho humano abstrato.

O 'trabalho abstrato' corresponde ao valor de troca da mercadoria, independentemente das variações das características particulares do trabalho e da pessoa que o produziu. O trabalho abstrato alude ao dispêndio de energia humana, sem considerar as múltiplas formas em que é empregada. É nessa qualidade de trabalho humano abstrato que o trabalho cria valor das mercadorias. Os produtos do trabalho abstrato representam apenas que em sua produção foi despendida força de trabalho humano, ou seja, o conjunto das faculdades físicas e espirituais que existem na corporalidade, na personalidade viva de um homem, e que ele põem em movimento toda vez que produzir valores de qualquer espécie.

Trabalho abstrato e divisão do trabalho

Pelo que vimos até este momento, trabalho abstrato é o trabalho voltado para a produção de mercadorias (valores de troca) e pressupõe um certo tipo de divisão social do trabalho. É isto que vamos examinar.

Marx vale-se de uma nota para explicar a divisão do trabalho, conforme transcrevemos a seguir:

Encontramos nos povos que alcançaram certo grau de civilização três espécies de divisão do trabalho: a primeira, que chamamos de geral, leva à distinção dos produtores em agricultores, manufatores e comerciantes, correspondendo aos três ramos principais do trabalho nacional; a segunda, que se poderia chamar especial, é a divisão de cada ramo de trabalho em espécies (...) a terceira divisão do trabalho, finalmente, que se deveria designar de divisão da operação de trabalho ou divisão do trabalho propriamente dita, é a que se estabe-

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

lece nos ofícios e profissões separados (...) e que se estabelece na maioria das manufaturas e das oficinas. (Marx, 1988: 264)

A divisão do trabalho no todo de uma sociedade existe nas mais diferentes formações socioeconômicas, mesmo nas mais primitivas, o que não é difícil de compreender, posto que comunidades diferentes encontram meios diferentes de produção e meios diferentes de subsistência em seu meio ambiente natural. Seu modo de produção, modo de vida e produtos são, portanto, diferentes. É essa diferença naturalmente desenvolvida que, ao entrar em contato as comunidades, provoca o intercâmbio recíproco dos produtos e, portanto, a transformação progressiva desses produtos em mercadorias. O intercâmbio não cria a diferença entre as esferas de produção, mas as coloca em relação e as transforma assim em ramos mais ou menos interdependentes de uma produção social global. Aqui surge a divisão social do trabalho por meio do intercâmbio entre esferas de produção originalmente diferentes, porém independentes entre si.

Na produção capitalista, a divisão manufatureira do trabalho exige o amadurecimento da divisão social do trabalho até certo grau de desenvolvimento, vindo a se basear na diferenciação dos instrumentos de trabalho e dos ofícios que produzem esses instrumentos. O que caracteriza essencialmente a divisão manufatureira ou técnica do trabalho é que o trabalhador parcial não produz a mercadoria, mas somente uma parte dela que, em si mesma, não tem valor ou utilidade. Por isso, o trabalhador não pode dizer: “isto é meu produto, isto quero para mim” (Marx, 1988: 266, nota 58).

Portanto, somente o produto comum dos trabalhadores parciais transforma-se em mercadoria. A divisão do trabalho no interior da sociedade é mediada pela compra e venda dos produtos de diferentes ramos de trabalho, enquanto a conexão dos trabalhos parciais na manufatura é feita pela venda de diferentes forças de trabalho ao mesmo capitalista, que as emprega como força de trabalho combinada. A divisão manufatureira do trabalho pressupõe concentração dos meios de produção nas mãos de um capitalista; a divisão social do trabalho, fracionamento dos meios de produção entre muitos produtores de mercadorias, independentes entre si.

Além disso, a divisão manufatureira do trabalho pressupõe a autoridade incondicional do capitalista sobre seres humanos transformados em simples membros de um mecanismo global que a ele pertence. Com isto, os

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

trabalhadores ficam ligados por toda a vida a uma operação parcial da produção e subordinados incondicionalmente ao capital, como uma organização do trabalho que aumenta a força produtiva. Esse tipo de divisão do trabalho é uma criação totalmente específica do modo de produção capitalista, que nos permite compreender que o trabalho final condensado na mercadoria é a combinação dos trabalhos parcelares do conjunto dos trabalhadores: o trabalho abstrato.²

Trabalho assalariado e emprego

Vimos que, na sociedade capitalista, o trabalho assume a forma de 'trabalho assalariado', o que significa dizer que a força de trabalho tornou-se mercadoria. Esta mercadoria é a única que pertence originalmente ao trabalhador, a única que este dispõe livremente para vender ao capitalista. Vimos que Marx discute a compra e venda da força de trabalho em *O Capital*, Livro 1, Cap. 1, e demonstra que, para vender sua força de trabalho como mercadoria, o trabalhador deve ser livre proprietário de sua capacidade de trabalho, de sua pessoa. Trabalhador e capitalista se encontram no mercado e entram em relação um com o outro como possuidores de mercadorias iguais por origem, só se diferenciando por um ser comprador e o outro vendedor, sendo, então, ambas pessoas juridicamente iguais.

O prosseguimento dessa relação exige que o proprietário da força de trabalho só a venda por determinado tempo, pois, se a vende em bloco, de uma vez por todas, então ele vende a si mesmo, transforma-se de homem livre em um escravo, de possuidor de mercadoria em uma mercadoria. Como pessoa, ele tem que se relacionar com sua força de trabalho como sua propriedade e, portanto, sua própria mercadoria, e isso ele só pode à medida que ele a coloca à disposição do comprador apenas provisoriamente, por um prazo de tempo determinado, deixando-a ao consumo, portanto, sem renunciar à sua propriedade.

Como todas as outras mercadorias, a força de trabalho tem um valor. Seu valor é determinado tal como o de toda outra mercadoria, a saber: pelo tempo de trabalho necessário à produção e reprodução desse artigo específico. Enquanto valor, a própria força de trabalho representa apenas determinado *quantum* de

² Lembremos que anteriormente afirmamos que o trabalho concreto é o que cria valor de uso e que a parte da mercadoria produzida pelo trabalhador parcelar não tem utilidade para ele. Isto explica o 'desaparecimento' do trabalho concreto em uma transmutação em trabalho abstrato.

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

trabalho social médio nela objetivado, representado pelo que o trabalhador e sua família precisam para se alimentar, vestir, morar, evitar ou curar doenças etc., posto que a força de trabalho só existe como disposição do indivíduo vivo.

Assim, dada a existência do indivíduo, a produção da força de trabalho consiste em sua própria reprodução ou manutenção. Para sua manutenção, o indivíduo vivo precisa de certa soma de meios de subsistência. O tempo de trabalho necessário à produção da força de trabalho corresponde, portanto, ao tempo necessário à produção desses meios de subsistência, ou o valor da força de trabalho é o valor dos meios de subsistência necessário à manutenção do seu possuidor e de seus substitutos, isto é, seus filhos, os quais garantirão a perpetuação da força de trabalho no mercado de mercadorias.

Além dos custos da subsistência básica, o desenvolvimento da força de trabalho para finalidades específicas criadas pelas transformações e avanços da produção, de tal modo que ela alcance habilidade e destreza em determinado ramo de trabalho, também demanda determinada formação ou educação, que por sua vez, custa uma soma maior ou menor de equivalentes mercantis. Esses custos de aprendizagem, ainda que ínfimos para a força de trabalho comum, entram no âmbito dos valores gastos na sua produção.

Em todos os países com modo de produção capitalista, a força de trabalho só é paga depois de ter funcionado durante o prazo previsto no contrato de compra. É assim que se estabelece a relação salarial, sendo o salário o quanto o capitalista paga ao trabalhador por sua força de trabalho. O trabalhador adianta ao capitalista o valor de uso da força de trabalho; ele deixa consumi-la pelo comprador, antes de receber o pagamento de seu preço; por toda parte, portanto, o trabalhador fornece crédito ao capitalista. O preço da força de trabalho está fixado contratualmente, ainda que ele só venha a ser realizado depois. A força de trabalho está vendida, ainda que ela só seja paga posteriormente. Esta relação salarial disciplinada por um contrato constitui o emprego.

A Divisão entre Trabalho Intelectual e Trabalho Manual e a Conversão de Trabalho Complexo em Trabalho Simples

A produção de qualquer valor destinado à satisfação das necessidades humanas por meio do trabalho é um processo de apropriação, transformação, criação e recriação da natureza, proporcionando, ao mesmo tempo, a compre-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

ensão de sua constituição pelo ser humano, bem como das potencialidades e dos limites a serem superados para que ela possa ser apropriada e transformada 'humanamente'. Portanto, além de bens e serviços, o trabalho também produz conhecimentos, que podemos definir como resultados de um processo compreendido pela humanidade na busca da compreensão e transformação dos fenômenos naturais e sociais. Conhecimentos desenvolvidos e apropriados socialmente para a transformação das condições naturais da vida e a ampliação das capacidades, das potencialidades e dos sentidos humanos, constituem o processo histórico de produção científica e tecnológica. Ciência e tecnologia são, portanto, forças produtivas.

A origem do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) está exatamente nos conhecimentos produzidos pelo trabalho das comunidades, realizado em nível local, voltado para a promoção da saúde e para a prevenção de agravos. Essas ações produziram conhecimentos que contribuiram para os cuidados da saúde dos próprios membros da comunidade.

Os conhecimentos gerados nessas experiências não podem ser considerados, imediatamente, como científicos, posto que não são produtos de um estudo ou de uma investigação realizada com base em um problema e um método formulados com este fim. Tais conhecimentos são, de fato, cotidianos. Isto, porém, não os fazem menos importantes que aqueles produzidos pela ciência. Mas deve-se reconhecer que sua validade pode ser restrita às situações particulares daquela comunidade; por vezes, podem ser incompletos ou mesmo contraditórios com os princípios da ciência. Neste último caso, ou eles provocam um questionamento aos próprios conhecimentos considerados científicos até então, levando a ciência a se colocar novos problemas; ou eles devem ser refutados e, assim, superados por conhecimentos e práticas validadas pela ciência.

Em outras palavras, os conhecimentos produzidos por práticas cotidianas e culturais de uma comunidade, que podem ser chamados também de conhecimentos populares, não têm validade universal, salvo quando legitimados socialmente pela mediação científica. É neste ponto que o trabalho dos ACS adquire significativa relevância. Com afirmação de Nogueira (apud Brasil, 2004: 11), este trabalhador desempenha um papel de mediador social, sendo considerado "um elo entre (...) o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde". Para isto, é fundamental que o ACS tenha uma sólida formação geral e

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

profissional que o possibilite reconhecer e compreender as necessidades e as práticas das comunidades, dialogar com seus conhecimentos e, confrontando-os com a ciência, contribuir para a garantia do direito a saúde.

Reconhecendo, então, que o trabalho produz conhecimentos, precisamos analisar o processo histórico e social de apropriação e utilização desses conhecimentos. Nas sociedades pré-capitalistas, em que os produtos e serviços necessários à população eram realizados por trabalhadores autônomos – o artesão e o camponês, por exemplo –, os conhecimentos envolvidos no trabalho eram exigidos e desenvolvidos diretamente por esses trabalhadores. Na produção capitalista, porém, esses conhecimentos passam a ser exigidos apenas pela produção combinada em seu conjunto, separando-se do trabalhador individual, assim como dele se separa o próprio produto e seu valor de uso. Ocorre, então, a divisão entre as esferas do conhecimento e da produção; da ciência e da técnica; da teoria e da prática. Em outras palavras, o trabalho se divide entre ‘trabalho intelectual’ e ‘trabalho manual’. O trabalhador, ao invés de sujeito de conhecimento, de reflexão e imaginação, passa a ser considerado como parte das máquinas:

as potências intelectuais da produção ampliam sua escala por um lado, porque desaparecem por muitos lados. O que os trabalhadores parciais perdem concentra-se no capital com que se confrontam. É um produto da divisão manufatureira do trabalho opor-lhes as forças intelectuais do processo material de produção como propriedade alheia e poder que os domina. Esse processo de dissociação começa na cooperação simples, em que o capitalista representa em face dos trabalhadores individuais a unidade e a vontade do corpo social do trabalho. O processo desenvolve-se na manufatura, que mutila o trabalhador, convertendo-o em trabalhador parcial. Ele se completa na grande indústria, que separa do trabalho a ciência como potência autônoma de produção e a força a servir ao capital. (Marx, 1988: 270-271)

De fato, o parcelamento do trabalho em tarefas simples realizadas pelos trabalhadores individuais, relacionados entre si pelo trabalho abstrato, se consolida com essa divisão fundamental entre trabalho intelectual e trabalho manual. Esse parcelamento reduz a complexidade da produção de uma mercadoria ou de um serviço completos – o trabalho complexo – ao conjunto de tarefas simples destinadas a produzir as respectivas partes. Por isto, do trabalhador não são exigidos mais conhecimentos do que aqueles estritamente necessários para realizar operações simples e para proporcionar uma adaptação psicofísica a essa nova forma de dividir o trabalho.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho simples, portanto, é aquele reduzido à indiferença de quem o realiza, já que, para isto, não são exigidos mais do que conhecimentos elementares, como ler, escrever e contar, além de rudimentos técnico-procedimentais para o exercício das tarefas. Já o trabalho mais complexo se realiza por uma força de trabalho na qual entram custos mais altos de formação, cujo valor é mais elevado do que a força de trabalho simples.

Se lembrarmos que o ACS compõe uma equipe multiprofissional formada por um médico, um enfermeiro (profissionais de nível superior) e um auxiliar de enfermagem (profissional que deve ter concluído, pelo menos, o ensino fundamental), veríamos que a divisão do trabalho na sociedade capitalista reservou aos primeiros o domínio dos conhecimentos científicos, proporcionado pelo acesso aos níveis superiores de ensino e ao mundo da ciência. A estes, na maioria das vezes, compete o trabalho intelectual, como, por exemplo, a análise das situações, a realização de diagnóstico, a proposição e/ou a prescrição de soluções, o planejamento e a gestão do trabalho, dentre outras.

Aos auxiliares, por terem uma formação de nível intermediário, competem as tarefas também intermediárias, que compreendem saberes procedimentais e alguns saberes teóricos instrumentais aos procedimentos. Por fim, sob esta lógica, aos ACS competiriam as tarefas mais elementares determinadas por seus superiores.

Esta é uma clássica divisão do trabalho que configura o trabalho abstrato. Por mais que as atividades de alguns trabalhadores sejam mais complexas do que outras, nenhum deles é sujeito pleno da totalidade do processo de trabalho. Este é a soma dos trabalhos 'mais ou menos' simples dos seus trabalhadores. Mesmo o trabalho do médico e do enfermeiro, sendo de caráter intelectual, ao ser submetido a essa divisão, acaba tendo uma complexidade relativa, pois eles não se apropriam do conjunto do trabalho desde a sua concepção até a sua execução.

A complexidade desse processo de trabalho, de fato, só se encontra no produto final, neste caso, "a promoção, a proteção e a recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e contínua" (Brasil, 2004: 10). Ainda que se logrem os objetivos do Programa da Saúde da Família, os trabalhadores que contribuíram para isto, se submetidos a esta lógica, também não se realizam integralmente como sujeitos. A divisão do trabalho, na verdade, também os divide. A superação disto só pode ocorrer se todos se apropriarem, no plano da

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

consciência e da materialidade das relações de produção, dos objetivos e razões sociais e ético-políticas de suas ações, bem como dos fundamentos científico-tecnológicos que fundamentam a totalidade do processo de trabalho em que estão inseridos, mesmo que, profissionalmente, sejam diretamente responsáveis por determinadas atividades específicas. Este é o horizonte que define o sentido da formação básica e profissional dos ACS. Mas as contradições a serem enfrentadas diante da hegemonia da divisão social e técnica do trabalho são muitas. É o que vamos discutir a seguir.

Implicações da divisão do trabalho para a educação dos trabalhadores

Adam Smith, economista clássico que viveu no século XVIII, reconhecia a necessidade de o Estado oferecer o ensino popular à classe trabalhadora, a fim de evitar a degeneração completa da massa do povo. Mas ele recomendava que esse ensino ocorresse, prudentemente, em doses homeopáticas. O economista justifica a necessidade de educação em função dessa divisão parcelar do trabalho, considerando conveniente que o Estado facilitasse, encorajasse e até mesmo impusesse a quase toda a população a necessidade de aprender aqueles conhecimentos elementares.

Podemos então perceber que a educação da classe trabalhadora, desde o final do século XVIII, já é considerada como fator de racionalização da vida econômica, da produção, do tempo e do ritmo do corpo. Em outras palavras, a educação do trabalhador, no capitalismo, é subsumida à necessidade da reprodução da força de trabalho como mercadoria. A educação de caráter geral, clássico e científico, destinava-se à formação das elites dirigentes e dos que exercerão o trabalho intelectual.

Interessante notar que, considerada exclusivamente do ponto de vista do parcelamento e da simplificação do trabalho, a educação escolar do trabalhador não seria imediatamente necessária, já que as tarefas podiam ser rapidamente aprendidas no próprio posto de trabalho. Mas é a perspectiva de formar os filhos dos trabalhadores, seus futuros substitutos, que incita a instalação de escolas destinadas menos ao ensinamento de técnicas de trabalho e mais à adaptação dessas crianças à rotina e ao ritmo de trabalho com disciplina e docilidade. São as *workhouses* (casas de trabalho), que se converteram em

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Schools of Industry (escolas da indústria) ou *Colleges for Labour*, surgidas primordialmente na Inglaterra, no século XVIII, que introduziram na cultura ocidental a prática da formação para o trabalho.

O avanço das relações capitalistas de produção levou também à ampliação das finalidades da escola, já que a proliferação da indústria passou a exigir um novo tipo de trabalhador. Já não bastava que este fosse piedoso e resignado (qualidades desenvolvidas pela religião), embora isto continuasse sendo necessário. Era preciso também aceitar trabalhar para outro e fazê-lo nas condições que este outro lhe impusesse. É a educação oferecida desde a infância que formará as crianças (os adultos das gerações seguintes) desde cedo, de acordo com as necessidades da nova ordem capitalista e industrial, as novas relações de produção e os novos processos de trabalho.

Ao mesmo tempo, a tendência de universalização de um conjunto de técnicas básicas entre indústrias de ramos diferentes foi gerando na população a necessidade de dominar uma certa quantidade de conhecimento e de destrezas para desenvolver-se em qualquer trabalho. A aprendizagem, portanto, já não podia ocorrer diretamente ou, exclusivamente, no próprio local de trabalho, voltando-se às escolas, que, aos poucos, passaram a assumir o papel não só de socialização, mas também de transmissão do saber técnico.

As técnicas que compõem um processo produtivo, à medida que se aprimoraram, condensaram-se em alguns ofícios parciais desse mesmo processo e passaram a se constituir como básicas mesmo em indústrias de ramos diferentes. Um novo tipo de saber – menos complexo do ponto de vista do produto acabado, como no caso do artesanato, mas suficiente para garantir ao trabalhador alguma mobilidade entre as diferentes indústrias e mesmo no interior delas – vai-se constituindo e adquire, aos poucos, caráter especializado relacionado ao domínio de um ofício. Isso, além de tudo, permite ao capitalista estabelecer parâmetros mínimos para a definição do perfil do trabalhador necessário na produção.

Assim sendo, o ensino levado a cabo pelas escolas destinadas a formar trabalhadores já não visava somente ao ato de disciplinar, mas conferir ao trabalhador o domínio de um ofício. A formação para o trabalho passou a significar a formação profissional, enquanto as profissões passaram a ser classificadas de acordo com o seu nível de complexidade que, por sua vez, mantém relação com o nível de escolaridade necessário para o desenvolvimento de cada uma delas.

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

A emergência das profissões modernas se constitui, então, em consequência da divisão manufatureira e social do trabalho, hierarquizadas de acordo com os grupos sociais a que se destinam – operários, técnicos, engenheiros, cientistas, e assim por diante. Esse é o ápice da divisão entre trabalho manual e intelectual que se verifica tanto na sociedade quanto no interior da produção.

A política de profissionalização dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), por se instaurar em uma sociedade capitalista – na qual concepções e práticas formativas se centram nos princípios da divisão do trabalho – não conseguirá, de imediato, promover rupturas definitivas com essa hegemonia. Não obstante, alguns preceitos enunciados instigam-nos a pensar que um novo sentido pode ser dado à formação dos trabalhadores da saúde em geral e aos ACS em particular.

O *Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde* (Brasil, 2004: 11 – grifos do original), por exemplo, afirma que a profissionalização desses trabalhadores deve considerar as novas perspectivas delineadas para a educação profissional no Brasil, que apontam para

a elevação da escolaridade e para uma concepção de formação que proporcione *compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões.*

Este mesmo documento argumenta que tal concepção de formação caracteriza a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional. Compreendemos, neste contexto, que a elevação de escolaridade dos ACS não se limita à satisfação de exigências de requisitos formais para a formação profissional técnica de nível médio. Muito além disto, trata-se de reconhecer a educação básica como um direito de todos os trabalhadores e também como uma condição *sine qua non* para concretizar uma formação que possibilite

o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, o domínio do conhecimento técnico-científico, a capacidade de auto-planejamento, de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com o usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho. (Brasil, 2004: 12)

Notemos que essas características, sob a lógica da divisão parcelar do trabalho, nos pareceriam, a princípio, se destinarem não a trabalhadores técnicos que supostamente executariam um tipo de ‘trabalho simples’, predomina-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

temente 'manual', mas especialmente a profissionais de nível superior, que exercem o 'trabalho intelectual', este sim considerado, pelo pensamento hegemônico, um 'trabalho complexo'.

Ocorre, porém que, seja devido aos princípios ético-políticos que orientam o SUS,³ seja pelas transformações atuais do mundo do trabalho, a divisão técnica e social do trabalho e a formação que visa simplesmente a ela adequar o trabalhador, historicamente são frontalmente criticadas pela classe trabalhadora por alienar o trabalhador do processo e do produto de seu trabalho. O avanço tecnológico e os novos modelos de gestão do trabalho têm levado, contraditoriamente, o próprio capital a questionar a lógica taylorista-fordista que organiza a divisão parcelar do trabalho e, com ela, a formação restrita, elementar e tecnicista. Abre-se espaço, portanto, para a luta por uma educação básica e profissional de caráter integral de todos os trabalhadores.

A análise do perfil profissional dos ACS nos demonstra que, mesmo se colocando na base da hierarquia profissional definida pela divisão do trabalho em saúde, seu trabalho de modo algum pode ser considerado 'simples'. Como diz o referencial curricular para o curso técnico de ACS, ele atua na interface da assistência social, educação e meio ambiente, "desenvolvendo ações de promoção da saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde" (Brasil, 2004: 18). Mesmo como membro da equipe da saúde, suas funções transcendem este campo, "na medida em que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersectorial" (Nogueira et al. apud Brasil, 2004: 16).

Essa dimensão intersectorial do trabalho do ACS nos remete à necessidade de este trabalhador compreender a totalidade do processo de trabalho de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas. Esta necessidade se confronta fortemente com o pensamento hegemônico que associa o trabalho complexo exclusivamente ao ápice da pirâmide funcional que hierarquiza as funções e os trabalhadores segundo a histórica divisão técnica e social do trabalho e, disto, deduz os respectivos níveis educacionais, na linha que Adam Smith

³ Sobre os princípios do SUS, ver Matta, texto "Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do SUS*, nesta coleção. (N. E.).

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

defendeu ainda no século XIX (ao trabalho simples e manual, níveis educacionais elementares; ao trabalho intelectual e complexo, níveis educacionais avançados). Como não considerar 'complexo' o trabalho do ACS? Como não compreender que, tanto por direito humano quanto por necessidade do processo de trabalho, ao ACS caberia níveis educacionais avançados? Somente em conflito brutal com os princípios do SUS e com o direito à vida poderíamos deixar de defender a escolarização e profissionalização dos ACS.

O Trabalho em Saúde como Mercadoria: trabalho produtivo ou improdutivo

Para refletirmos se a força de trabalho empregada no processo de trabalho em saúde é uma mercadoria tal como a força de trabalho empregada na indústria, temos que, primeiro, compreender o que é o trabalho diretamente produtivo para o capital e o trabalho não diretamente produtivo ou trabalho improdutivo.

Para isto, teremos que visitar o conceito de mais-valia. Sabemos que o valor de toda mercadoria é determinado pelo *quantum* de trabalho materializado em seu valor de uso, pelo tempo de trabalho socialmente necessário à sua produção. Assim, conforme vimos, o valor da força de trabalho corresponde ao tempo de trabalho necessário à sua produção e reprodução (comer, vestir, morar etc.), que é pago na forma do salário. A mais valia é produzida quando o trabalhador realiza uma jornada maior do que aquela paga pelo capitalista para garantir a produção e a reprodução de sua força de trabalho. Com isto, ele agrega à mercadoria um valor maior do que aquele correspondente ao valor pago pela sua força de trabalho. É essa a diferença que gera a mais-valia; ou seja, a mais-valia é extraída do trabalho realizado não pago.

A esta mais-valia produzida pelo prolongamento da jornada de trabalho, Marx (1989: 237) chama de mais-valia 'absoluta'. Não obstante, revoluções técnicas e sociais do processo de trabalho aumentam a força produtiva, reduzindo o tempo de trabalho socialmente necessário para produzir a mercadoria. Com isto, reduz-se também o valor da força de trabalho. Esse tipo de mais-valia, a qual Marx chama de 'relativa', não decorre do aumento da jornada de trabalho, mas sim do aumento da capacidade de trabalho não pago.

Dessa análise, podemos concluir que o produto por excelência da produção capitalista é a mais-valia. Então, somente é produtivo para o capital aquele

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

trabalho que seja consumido diretamente no processo de produção com vista à valorização do capital. Em outras palavras, só é produtivo para o capital o trabalhador que possua capacidade de trabalho diretamente produtor de mais-valia.

Marx (1969: 109-110) esclarece ainda que, do ponto de vista do processo de trabalho em geral, é trabalho produtivo aquele que se realiza em um produto, mais concretamente em uma mercadoria. Do ponto de vista do processo capitalista de produção, junta-se uma determinação mais precisa: é produtivo aquele trabalho que valoriza diretamente o capital o que produz mais-valia. Trata-se, portanto, de trabalho que serve diretamente ao capital como instrumento da sua 'autovalorização', como meio para a produção de mais-valia.

Como vimos, quando analisamos o trabalho abstrato, o agente real do processo de trabalho capitalista não é o trabalhador individual, mas sim o trabalhador coletivo – massa de trabalhadores da qual o trabalhador individual é somente um elo. Sendo assim, são diversas forças de trabalho que se articulam e participam diferentemente no processo produtivo em seu conjunto. Alguns assumem mais o manejo técnico de ferramentas; outros elaboram o projeto do que deve se produzido; outros supervisionam a produção; outros a dirigem etc. De fato, são cada vez em maior número as funções da capacidade de trabalho incluídas no conceito imediato de 'trabalho produtivo', diretamente explorados pelo capital e 'subordinados' em geral em seu processo de valorização e de produção. Por isto, Marx nos diz que, se consideramos o 'trabalhador coletivo', a sua atividade combinada realiza-se materialmente e de maneira direta em um produto total que, simultaneamente, é uma massa total de mercadorias, sendo absolutamente indiferente que a função deste ou daquele trabalhador esteja mais próxima ou mais distante do trabalho manual direto. Importa é que a atividade desta capacidade de trabalho coletivo promove diretamente a valorização do capital.

Existem, porém, várias atividades que não promovem tal valorização diretamente. É o caso dos serviços. Quando se compra o trabalho para o consumir como 'serviço' e não para colocá-lo no processo capitalista de produção, o trabalho não é 'produtivo' e o trabalhador assalariado não é trabalhador 'produtivo'. O seu trabalho é consumido por causa do seu 'valor de uso' e não como trabalho que gera 'valores de troca'.

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

Neste ponto, as situações citadas por Marx são expressivas dessa diferença. Diz ele:

uma cantora que canta como um pássaro é uma trabalhadora improdutivo. Na medida em que vende o seu canto é uma assalariada ou uma comerciante. Porém, a mesma cantora contratada por um empresário que a põe a cantar para ganhar dinheiro é uma trabalhadora produtiva, pois *produz* diretamente capital. Um mestre-escola que é contratado com outros para valorizar, mediante o seu trabalho, o dinheiro do empresário da instituição que trafica com o conhecimento é um trabalhador produtivo. (Marx, 1969: 115 – grifo do autor)

A conclusão sobre se os serviços são ou não são produtivos para o capital é a seguinte: os trabalhos que só se desfrutam como serviços não se transformam em produtos separáveis dos trabalhadores, embora possam ser explorados de maneira diretamente 'capitalista'. É o caso, por exemplo, dos trabalhadores de saúde vinculados a instituições privadas. Este tipo de trabalho é produtivo porque produz diretamente capital para o proprietário da instituição, porém tem uma especificidade diferente da força de trabalho empregada na produção industrial posto que o produto do trabalho não se separa do trabalhador como as outras mercadorias que podem ser consumidas independentemente dele. Se esses trabalhadores se vinculam a instituições públicas, financiadas pelo Estado e, portanto, por um fundo público, esse trabalho não produz capital. É, portanto, um trabalho improdutivo.

Esta análise demonstra que, por mais que a privatização dos serviços de saúde submeta o processo de trabalho à mesma lógica capitalista, a atenção e o cuidado em saúde não podem se transformar em mercadorias diretamente valorizáveis para o capital, a não ser no estrito limite de que esse trabalho atua também na reprodução da força de trabalho e, portanto, influencia no seu valor. Esta é uma das razões, a propósito, pela qual os serviços de saúde tendem a ser públicos ou providos diretamente pelos empregadores, fornecendo aos trabalhadores, por exemplo, planos de saúde. O custo pela manutenção da saúde do trabalhador destinado à reprodução de sua força de trabalho, desta maneira, ao invés de ser ressarcido diretamente ao trabalhador no montante de seu salário, é pago indiretamente por meio dos sistemas públicos ou planos privados de saúde. Isto é um exemplo do que chamamos de 'salário indireto', e, se reconhecidos como direitos sociais, são assumidos pelo Estado. A contradição de considerar a

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

saúde como direito ou como mercadoria está no cerne da concepção e do modelo de Estado: se de direito ou se neoliberal. Este, porém, é um assunto a ser abordado em outro texto.⁴

Trabalho Prescrito e Trabalho Real

Vimos que a divisão do trabalho no capitalismo transcende a dimensão social para se realizar no interior da produção. Na verdade, a possibilidade de extração de mais-valia relativa tem relação direta com a forma como se divide e se organiza o trabalho na produção, no sentido de aumentar a força produtiva e reduzir o tempo de trabalho socialmente necessário para produzir a mercadoria. O sistema de organização do trabalho mais elaborado nesse sentido foi o taylorismo. Ele se baseia na separação das funções de concepção e planejamento das funções de execução, na fragmentação e na especialização das tarefas, no controle de tempos e movimentos e na remuneração.

Um dos princípios básicos do taylorismo é a separação programada entre concepção e planejamento das tarefas de execução. Para isto, o administrador expropria o máximo do saber do trabalhador, reordenando-o a fim de atender às necessidades de acumulação do capital. As iniciativas e o trabalho intelectual são banidos das oficinas e centrados na administração superior. A esse princípio se soma a intensificação da divisão do trabalho, proporcionada pelos estudos de Taylor⁵ dos tempos e movimentos do trabalho. Esse princípio corresponde à decomposição do trabalho em parcelas elementares e simplificadas mediante as quais se desenvolvem maneiras mais rápidas e eficientes de executá-las. Neste caso, cada tarefa corresponde a um posto de trabalho ao qual se adapta um trabalhador considerado adequado para ocupá-lo. O terceiro princípio do taylorismo corresponde ao controle permanente dos tempos e movimentos de trabalho, com o objetivo de eliminar os 'tempos mortos' ou a 'porosidade' da jornada de trabalho e, assim, tornar sua execução mais produtiva.

Henry-Ford empregou os princípios tayloristas em sua fábrica "Ford Motor Co.", em 1913, introduzindo inovações técnicas e organizacionais baseadas

⁴ Sobre os modelos de Estado, ver Pereira e Linhares, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção. (N. E.).

⁵ Friedrich Taylor (1856-1915) foi um engenheiro norte-americano que desenvolveu os princípios de racionalização produtivista do trabalho. A obra principal de Taylor, publicada em 1911, chama-se *Princípios da Administração Científica*.

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

na linha de montagem. A linha da montagem evita o deslocamento dos trabalhadores e mantém um fluxo contínuo e progressivo das operações, proporcionando eficiência para produzir em massa.

Os princípios tayloristas-fordistas foram aplicados de tal maneira generalizada e intensiva, que configuraram o modelo explicativo de acumulação do capital no período compreendido desde o final da Primeira Guerra Mundial até meados dos anos de 1970. O trabalho baseado nesse modelo tornou-se extremamente repetitivo, parcelado e monótono, sendo sua velocidade e ritmo estabelecidos independentemente do trabalhador, que o executa através de um rígido controle e disciplina. Ao trabalhador cabe, então, somente seguir o protocolo de trabalho, executando suas funções exatamente como são prescritas, sem qualquer autonomia para propor ou realizar qualquer tipo de alteração nessa prescrição.

Estudos sobre o trabalho indicaram, porém, que, mesmo sob forte controle, o trabalhador interage com seu objeto de trabalho exercendo sempre algum nível de criatividade em face do trabalho prescrito. Essa interação, normalmente, tende a aprimorar a qualidade e a eficiência do trabalho. Dela podem advir alterações provenientes da capacidade analítica e crítica do trabalhador em relação ao protocolo de trabalho, e, por vezes, tais alterações servem para gerar tempos ociosos dos quais o trabalhador tira certa vantagem, desde que essas alterações não sejam incorporadas no protocolo. Isto comprova que, por mais que a gestão do trabalho se baseie na separação entre trabalho intelectual e trabalho manual, há sempre uma dimensão intelectual em todo trabalho, pelo simples fato de a consciência ser uma característica humana.

Os saberes que os trabalhadores constroem e mobilizam nessa interação com o seu objeto de trabalho, promovendo alterações sobre o que estava prescrito e, desta forma, aprimorando o processo de trabalho e facilitando também seus procedimentos, são chamados de 'saberes tácitos'. Esse nome se deve ao fato de tais saberes serem exclusivos dos trabalhadores e não se explicitarem em nenhum protocolo. Ao contrário, eles ficam 'guardados' ou 'silenciados' com quem os detém, inclusive como forma de preservar uma relativa autonomia que a gestão taylorista-fordista visa reduzir completamente. Os saberes tácitos são o que diferencia um trabalhador de outro, mesmo que esses tenham que seguir o mesmo protocolo de trabalho. Por isto, eles servem também ao trabalhador como um 'trunfo' nas relações de trabalho, com vistas à sua pre-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

servação e a do seu emprego. O trabalho real, assim, corresponde ao trabalho prescrito modificado pelos saberes tácitos dos trabalhadores.

O reconhecimento dos saberes tácitos pela gestão do trabalho tem gerado mudanças organizacionais que visam fazer com que esses saberes sejam explicitados e, assim, incorporados aos protocolos de trabalho. Esse investimento tende, por um lado, a conferir maiores níveis de autonomia ao trabalhador, mas, por outro, a expropriar os trabalhadores de seus saberes tácitos.

O processo de valorização dos saberes tácitos dos trabalhadores adquire maior relevância quando a rigidez da divisão técnica e do controle do trabalho sob os moldes tayloristas-fordistas vai dando lugar a processos flexíveis de produção. Nesses processos são enfatizadas as capacidades de os trabalhadores enfrentarem, com autonomia e responsabilidade, situações imprevistas ou eventos.

Os eventos podem ser entendidos como aquilo que ocorre de maneira particularmente imprevista, surpreendente, vindo perturbar o desenvolvimento normal do sistema de produção. Podem ser compreendidos também como questões inéditas postas pelo ambiente e que mobilizam as atividades de inovação. Trabalhar flexivelmente implicaria, então, atentar vigilantemente a esses eventos, em torno dos quais se recolocariam as intervenções humanas mais complexas e mais essenciais.

A noção de eventos sustenta a noção de competência na gestão do trabalho, que não poderia ser fechada nas pré-definições de tarefas a efetuar no posto de trabalho, ou depender do trabalho prescrito, principalmente porque a competência pertence essencialmente ao indivíduo. A competência deveria, face a um evento, ser automobilizada pelo indivíduo na situação concreta.

Uma organização preparada para gerir eventos modifica-se conforme as seguintes características: exigiria uma parte de iniciativa do próprio indivíduo, independentemente dos prescritores ou da hierarquia administrativa; valorizaria o saber e a ação não só do indivíduo singular, mas a rede de saberes mobilizados para o enfrentamento de eventos mais complexos; compreenderia o trabalho como uma série de eventos, de situações singulares que se entrecrocavam, relacionando-se uns com os outros, num regime de modificação (e não de repetição) da maneira de produzir; modificaria a maneira de examinar as aprendizagens profissionais e de avaliar a experiência

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

de um trabalhador pelo fato de essas se ordenarem em torno do enfrentamento de eventos; trataria de analisar os eventos, critica e sistematicamente, quando possível, antecipando-os preventivamente (Ramos, 2001: 177-178).

Para que o trabalhador possa agir dessa maneira, é preciso que ele disponha de um modelo mental sobre seu processo de trabalho e de possíveis aprimoramentos a serem feitos. Isto depende de uma formação teórica sobre o processo de trabalho, de um bom conhecimento espacial dos ambientes em que ele se realiza e dos objetivos da produção. Essa necessidade é incompatível com a divisão do trabalho intelectual e manual e com as relações de produção que alienam o trabalhador do produto de seu trabalho. Como a superação dessa divisão não é de interesse do capital, podemos concluir que as tendências de flexibilização do trabalho e de valorização do trabalho real, mais do que o prescrito, são evitadas de contradições que podem ser enfrentadas pelos trabalhadores ou pelo capital, respectivamente, na perspectiva da emancipação ou da intensificação da exploração.

O capital não tem um interesse ingênuo na valorização da autonomia e no reconhecimento dos saberes tácitos dos trabalhadores. Ao contrário, o que se pretende é um permanente processo de apropriação seus saberes como forma de garantir as constantes melhorias que precisam ser inseridas na produção de bens e serviços para intensificar a extração de mais-valia. Este é um tema, portanto, que se coloca no terreno das disputas entre capital e trabalho, o que justifica a pertinência de prosseguirmos, nos espaços de realização do trabalho e de organização política, com a reflexão sobre seus limites e potencialidades.

O Resgate da Dimensão Ontológica do Trabalho em Saúde

Por serem social e historicamente determinadas e construídas, as necessidades de saúde de uma população são atendidas por políticas que expressam os princípios, os valores e as normas de sociabilidade próprios de determinadas fases de desenvolvimento do modo de produção capitalista. Portanto, as ações voltadas para o atendimento dessas necessidades se realizam conforme a organização dos serviços de saúde, configuradas politicamente segundo os modelos de Estado.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Em contrapartida, as necessidades sociais são historicamente produzidas pelas relações que os homens desenvolvem para produzir sua existência material e espiritual. Visto pelo prisma ontológico, a atenção em saúde poderia ser compreendida como a ação humana destinada ao cuidado do/com o outro. Se, por esse sentido, o trabalho não é uma mercadoria, mas a mediação primeira na produção da existência humana, o trabalho em saúde seria o meio pelo qual a existência é produzida e mantida como bem-estar físico, mental e social.

A transformação do trabalho em mercadoria sob o modo de produção capitalista, entretanto, também reconfigura o trabalho em saúde como produtor de um bem-estar definido pelos padrões de produção. À medida que o ser humano se 'coisifica', sendo obrigado a transformar sua força de trabalho em fator de produção, é reduzido em sua humanidade. Nessas condições, o trabalho em saúde se reduz à produção e à manutenção de vidas objetivadas e reduzidas também a fatores de produção.

A integralidade da atenção à saúde, uma das diretrizes básicas do SUS, que o diferencia, como diz Mattos (2001), de toda a tendência mundial na área da saúde, recoloca o sentido que tem o trabalho em saúde na 'subjetivação' da vida. Ou seja, na reconstituição da humanidade das pessoas em face das suas necessidades de saúde. Desse modo, o trabalho em saúde resgata seu sentido ontológico, pois a atenção integral em saúde se volta para as necessidades do ser humano como sujeito e não como objeto do capital.

Discutindo os sentidos que o conceito assume, Mattos (2001) demonstra que a integralidade, além de uma característica da atitude dos profissionais de saúde, pode ser compreendida como a articulação entre assistência e prevenção e, assim, da assistência com as práticas de saúde pública, envolvendo todos os profissionais e espaços de saúde. Algumas condições necessárias para isto são: a) a existência de uma certa horizontalização de modelos que eram, até então, verticais; b) envolvimento e redefinições radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho. Nesse caso, a integralidade passa a ser uma marca no modo de organização do processo de trabalho. Por trás desses sentidos deve estar o princípio do direito universal ao atendimento das necessidades de saúde.

Precisamos perguntar, porém, se em uma sociedade cindida em classes podem determinadas pessoas receber a atenção integral em saúde como direito à vida, e para outras prevalecer a finalidade restrita de sua reprodução com

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE O TRABALHO

força de trabalho. A integralidade da atenção depende, portanto, da igualdade, da equidade e da universalidade no acesso aos serviços de saúde. Como afirma Cecilio (2001: 113), “não há integralidade e equidade possíveis sem a universalidade do acesso garantida”. Disto decorre um pressuposto condicionante da integralidade, qual seja: o caráter público dos serviços de saúde e, portanto, um modelo de Estado comprometido com políticas sociais públicas e universais.

O caráter contraditório do trabalho em saúde nos leva à discussão da integralidade como atributo das práticas dos profissionais de saúde e das organizações dos serviços (Mattos, 2001). Isto nos remete a outra contradição própria do modo de produção capitalista, que é a divisão técnica, conforme vimos, entre trabalho intelectual e trabalho manual, trabalho simples e complexo. Tal divisão distingue dirigentes e dirigidos e se objetiva na distribuição de tarefas e responsabilidades aos membros de um grupo de trabalho, de acordo com a natureza e o grau exigido de qualificação. À qualificação correspondem critérios de classificação de cargos, salários, funções e atribuições. Diante disto, perguntamos finalmente: como é possível superar as características dos processos de trabalho em saúde que reproduzem essas separações e resgatar o sentido ontológico do trabalho em saúde?

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2001.
- FRIGOTTO, G. Concepções e mudanças no mundo do trabalho e o ensino médio. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. & RAMOS, M. (Orgs.) *Ensino Médio Integrado: concepção e contradições*. São Paulo: Cortez, 2005.
- LIEDKE, E. R. Trabalho (verbete). In: CATTANI, A. D. (Org.) *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LUKÁCS, G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. *Temas de Ciências Humanas*, 4: 1-18, 1978.
- MARX, K. *O Capital. Resultados do Processo de Produção Imediata*. São Paulo: Editora Moraes, 1969. (Capítulo VI, inédito)

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

MARX, K. *O Capital: o processo de produção do capital* [1890]. São Paulo: Nova Cultural, 1988. Livro I, v.1.

MARX, K. *Manuscritos Econômico-Filosóficos* [1844]. São Paulo: Martin Claret, 2001.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In.: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2001.

RAMOS, M. N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.

Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde

Júlio César França Lima

Introdução

Podemos dizer que o trabalho em saúde surge a partir do momento em que o homem procura dar respostas às suas necessidades de saúde. Precisamente, a partir do momento em que começa a se perguntar sobre seus carecimentos e as possíveis formas de resolvê-los, e quando, com a resposta, funda e enriquece esse tipo de trabalho com as mediações que articula para satisfazer tais carecimentos. Essas necessidades variam de sociedade para sociedade e dentro de uma mesma sociedade em distintos momentos históricos, configurando aos poucos uma estrutura de normatividade em que os homens vão definindo o que é 'normal' e 'patológico' para a vida social e individual.

Essa dimensão ontológica necessária para a reprodução dos homens em sociedade fundamenta toda atividade laborativa, e, por isso, Lukács (1978) diz que se pode designar o homem que trabalha como um ser que dá respostas e que tanto a pergunta como a resposta são produtos da consciência. É isto que distingue o trabalho humano de todos os outros tipos de trabalho: o papel ativo e decisivo que joga a consciência no processo de produção da existência, na medida em que o produto "é um resultado que no início do processo existia 'já na representação do trabalhador', isto é, de modo ideal" (Lukács, 1978: 4). Nessa medida, o carecimento material, para esse autor, é o "motor do processo de reprodução individual e social" (p. 5). Por isso, podemos dizer, que a satisfação das necessidades de saúde é um dos elementos fundamentais para a sobrevivência dos homens em sociedade.

A capacidade de os homens responderem aos seus carecimentos acompanha o próprio desenvolvimento social, e, para que a satisfação ocorra, eles devem mobilizar não só o 'complexo do trabalho' como também uma 'cadeia de mediações' que, do ponto de vista ontológico, apontam para a possibilidade tanto do desenvolvimento do trabalho em níveis cada vez mais complexos, no sentido do seu aperfeiçoamento, quanto do desenvolvimento dos próprios homens que trabalham. Já não se trata, então, de uma adaptação passiva ao

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

ambiente, meramente reativa, mas de uma adaptação ativa, que transforma consciente e ativamente o mundo circundante.

Portanto, as necessidades de saúde, assim como as respostas que os homens mobilizam para satisfazê-las, devem ser entendidas na sua historicidade e na sua articulação com a totalidade social da qual emergem e fazem parte. Em outras palavras, a re-produção das necessidades de saúde e a constituição do trabalho em saúde devem ser entendidas em suas conexões com os modos históricos de produção da existência.¹

No presente artigo, o objetivo é analisar a re-configuração, o desenvolvimento e a organização do trabalho em saúde com a emergência da sociedade capitalista. Com o advento desse novo modo de produzir a vida, o corpo humano adquire um novo significado social, como sede da força de trabalho, o que torna o trabalho em saúde um elemento estratégico tanto para o capital, pelo controle das tensões sociais a partir do aumento do consumo das classes subalternas, quanto para os trabalhadores, pelas perspectivas abertas de ampliação efetiva dos direitos sociais, constituindo, assim, novas e contraditórias necessidades de saúde.

Esta análise será realizada a partir da indicação metodológica de Foucault (1981), que, ao historicizar o nascimento da medicina social no Ocidente, identifica três modalidades: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho. Essas formas de organização do trabalho em saúde não se excluem mutuamente, pelo contrário, se superpõem no tempo e em espaços sócio-históricos diferenciados; influenciam e são influenciadas pelo processo de constituição do capitalismo na Alemanha, França e Inglaterra, respectivamente.

Antes, porém, com base em Luz (1988) e Mendes Gonçalves (1992), discutimos o desenvolvimento da racionalidade médica, entendendo-a como parte integrante e produtiva da racionalidade moderna, que se instaura sob o capitalismo, com profundas implicações na disciplina do corpo individual e na disciplina do corpo social. Essa medicina racionalista, profundamente influenciada no seu início pelo mecanicismo, vai tornar-se a estrutura epistemológica do trabalho em saúde, ao mesmo tempo que vai erigindo o corpo individual como seu objeto de trabalho privilegiado, sem deixar de ser também uma disciplina do social.

¹ Sobre necessidades de saúde, ver Batistella, texto "Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

A Constituição da Racionalidade Médica Moderna

Mendes Gonçalves (1992) identifica o trabalho do xamã, feiticeiro ou pajé como uma das formas mais antigas de trabalho social que se organizou ao redor do que se tenderia a compreender como necessidades de saúde. Essas necessidades e as intervenções geradas para respondê-las não podem ser pensadas como certas ou erradas, mas como sócio-historicamente determinadas, e o significado destas só pode ser entendido no conjunto da sociedade em que o xamã vive e trabalha – a sociedade comunitária primitiva. Nessa sociedade, a concepção de 'doença' prevalente tem sua base em um pensamento mágico, que associa o 'mal' à presença de certas 'entidades', coisas animadas que se apossam do indivíduo ou que se agregam a ele, fazendo-o sofrer. Diferentemente do pensamento religioso, o xamã concebe essas 'entidades' no mesmo plano da realidade imediata onde estão todas as outras coisas, manipulando-as através de rituais, com o objetivo de exorcizá-las e expulsá-las do corpo do homem.

Através de muitas particularizações, de muitas mudanças de sentido e de objetos aparentes, segundo Mendes Gonçalves, pode-se dizer que durante toda a história das sociedades ocidentais até praticamente o final do século XVIII “os objetos de trabalho postos nos processos de trabalho em saúde tiveram sempre a característica de ‘entidades’” (Mendes Gonçalves 1992: 31 – grifos meus). Com isso, o autor aponta que, com exceção da Grécia Clássica, onde se desenvolve a medicina hipocrática,² o que predomina durante todo o período da Idade Média até o século XVIII é a concepção de doença desenvolvida pelo cristianismo.

² A medicina hipocrática rompe com a estrutura mítico-religiosa do saber cotidiano e constitui as bases do conhecimento sistemático da natureza de caráter filosófico-científico, no qual a doença deixa de ser, durante alguns séculos, uma entidade com vida própria. Ela se desenvolve na Grécia para satisfazer as necessidades de saúde dos cidadãos livres da *pólis*, tão proprietários quanto o médico do saber filosófico geral sobre a natureza, não se destinando a atender às necessidades dos escravos ou dos pequenos artesãos livres, denotando aí o seu caráter de classe. A concepção de natureza como estado de equilíbrio dinâmico da realidade, dentro da qual o homem se inclui, leva à concepção de 'doença' como reação espontânea natural (da natureza) ao desequilíbrio, com 'intenções' de cura. Dado o lugar do homem dentro da natureza, essa concepção de 'doença' está subordinada a uma concepção positiva da 'saúde', não como um estado neutro e silencioso do qual está ausente o desequilíbrio, mas como objetivo a ser alcançado através da compreensão e da adesão às regras verdadeiramente naturais. A 'doença' aqui não é um 'ser', mas um estado qualitativo da natureza e, ao mesmo tempo, não é do homem, mas apenas está nele, à medida em que ele é parte da natureza. Ver Mendes Gonçalves (1992: 31-33).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Para o pensamento religioso, a doença é uma provação, o preço a ser pago para alcançar o paraíso, e as 'entidades' não estão na realidade imediata como no pensamento mágico do xamã, estão para além dela. Assim sendo, o núcleo central da atividade terapêutica desloca-se, paradoxalmente, da intervenção para a expectância, isto é, para o acompanhamento solidário do transe do sofrimento para a morte e para a vida eterna. Com isso, para Mendes Gonçalves, tem-se duas conseqüências importantes para o trabalho em saúde, até o desenvolvimento e consolidação da sociedade capitalista. A primeira, é que por ser expectante e passiva, essa medicina cristã suscita um desenvolvimento tecnológico relativamente escasso, opondo, assim, religião e tecnologia. Em segundo lugar, a organização do trabalho em saúde sob a forma de assistência, incentivada pelo trabalho religioso, se difunde e fica como herança para o processo de trabalho em saúde, com as assimetrias, hierarquias e poderes aí implicados.

Esse 'reino sobrenatural' do pensamento religioso começa a ser abalado e, posteriormente, abolido, com o desenvolvimento e constituição da denominada racionalidade científica moderna, contemporânea do Renascimento no século XVI. Esse momento histórico, segundo Luz (1988), não deve ser visto como a passagem para 'a' racionalidade, no sentido de uma travessia das trevas para a luz, mas compreendido como uma época de transformações sociais e de ruptura de visão-organização do mundo, uma fase de sínteses e continuidades. Uma época que contesta os limites do que se pode pensar e daquilo que se deve crer, mas também do que pode ser e do que se deve fazer.

Tanto para Luz quanto para Mendes Gonçalves (1992), a racionalidade médica é parte integrante e produtiva da racionalidade moderna, que também não deve ser identificada com a idéia weberiana de um 'tornar-se progressivamente racional', mas deve ser vista como o avanço histórico de uma forma específica de racionalismo. "Um racionalismo filosófico, é verdade, mas também social, que funciona como estrutura epistemológica de explicação e ordenação dos seres e do mundo, e como princípio moral das relações entre os homens e as coisas, e dos homens entre si" (Luz, 1988: 29). Sendo assim, a ciência moderna é mais que uma forma de 'desvendamento' do mundo, ela é, sobretudo, uma forma de ordenação do mundo; uma forma de decodificação do significado das coisas e eventos, mas principalmente de atribuição de ordens de sentidos, através da prática sistemática de um conjunto de operações que constituem o método científico.

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

A partir dessa época, foi sendo moldada uma estrutura de explicação do mundo e do ser humano que, para Luz, mantém até os dias de hoje dois traços estruturais. Em primeiro lugar, a atitude antropocêntrica ativa que caracteriza o Renascimento. Ou seja, trata-se da afirmação do homem proprietário da natureza, da cisão entre a 'ordem divina' e a 'ordem humana' e entre esta e a 'ordem natural'; trata-se da representação da alteridade da natureza face ao humano e o correspondente caráter de 'estranheza' e de objetividade da Natureza face ao homem. Alteridade com a consistência de objeto cognoscível e que vai produzindo uma profusão de imagens e metáforas da Natureza como 'engenho', 'máquina', 'autômato', cujos mecanismos devem ser expostos. Ao ser coisificada, a Natureza torna-se objeto e a razão torna-se sujeito do conhecimento. Esta é a condição epistemológica e ontológica para que o homem possa conhecê-la e moldá-la, para que coloque sobre a Natureza o selo da razão.

O segundo traço estrutural que nasce dessa atitude pragmática e crítica em relação ao saber constituído, da busca sistemática de ordens de sentido a partir de evidências empíricas e da construção artesanal de métodos para a produção de novos saberes, é o experimentalismo, através do método científico moderno. Um 'novo modo de produzir verdades', fundamentalmente utilitário, na medida em que se volta para a solução de problemas imediatos impostos pela realidade – estabilização da produção agrícola, domínio dos ventos e oceanos para possibilitar os descobrimentos náuticos e a conquista de novas terras, o controle das revoltas populares, das guerras e das doenças venéreas, pestes e outras epidemias –, e, ao mesmo tempo, exploratório, interventor e desbravador.

Seu caráter exploratório se evidencia pela busca de novas explicações para coisas e eventos e pela proposição de novas ordens de significados dessas mesmas coisas e eventos, a partir da experimentação de novos modelos de observação, da construção de engenhos e autômatos e da elaboração de linguagens capazes de expor esses eventos, das quais firma-se como a mais importante a matemática, a linguagem da razão. A criação de instrumentos de observação empírica expressa a dimensão interventora baseada no experimentalismo, dando início à era da tecnologia da ciência e ajudando a fazer da racionalidade moderna, cada vez mais, um modo específico de produção de verdades específicas através das disciplinas científicas.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

cas. Por último, o caráter desbravador evidencia-se tendo em vista que o experimentalismo se constitui como estratégia de desvelamento das 'coisas ocultas' na Natureza, sejam elas de ordem material ou de ordem intelectual.

Se hoje a metáfora da máquina, tão bem expressa no mecanismo do relógio, não é mais levada a sério nas disciplinas mais avançadas, como a física, a química, astronomia e em certos ramos da biologia, a tendência metodológica a decompor o objeto em elementos, a comparar esses elementos entre si e ordená-los em uma totalidade racionalmente montada e hierarquicamente recomposta, permanece dominante na base da maioria das disciplinas, sobretudo nos grandes ramos das ciências mais próximas da vida humana: a biologia e a medicina, ou melhor, uma certa medicina racionalista e mecanicista.

Mas, se essas foram as condições para tornar a Natureza objeto da ciência e força produtiva, a ruptura mais significativa da racionalidade moderna, para Luz, é a ruptura do próprio sujeito do conhecimento – o homem –, que será dividido em vários compartimentos: razão, paixões, sentidos e vontade. Esta compartimentalização, que se afirmará entre a segunda metade do século XVII e o final do século XVIII, com a emergência do capitalismo industrial, é que cria as condições históricas para tornar o homem, tal como a Natureza, objeto da ciência, isto é, para naturalizá-lo, torná-lo coisa passível de intervenção, de transformação, de modelação e de produção. Se o 'reino sobrenatural' foi abandonado pela ciência como improdutivo para o conhecimento, o mesmo não ocorreu com o 'reino humano', o mundo das relações sociais e dos indivíduos.

O processo de racionalização social que se desenvolveu na Europa, principalmente na França, com Montesquieu e Rousseau, no século XVIII, apóia-se exatamente na realidade da vida social. As guerras, as epidemias, a fome e a miséria, o banditismo, a agiotagem, a loucura, a prostituição e seu corolário, as doenças venéreas, forneceram a matéria-prima da intervenção e a motivação teórica para as instituições e os discursos disciplinares sociais que tentarão, com algum sucesso, desde então, racionalizar os comportamentos e administrar moralmente o 'caos social'. Entre esses discursos – incluindo o da educação que não será de menor importância no sentido de 'mudar a natureza humana' e 'fortalecer a natureza do indivíduo' – está o discurso médico.

É neste sentido, que Luz (1988) e Mendes Gonçalves (1992) afirmam que as práticas de saúde foram uma das frentes mais importantes da constituição da racionalidade moderna, o que reafirma a tese de Donnangelo (1976), de

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

que o trabalho em saúde é uma prática social e não somente uma prática técnica. E isso não se deveu exclusivamente ou mesmo fundamentalmente a um movimento de natureza intelectual, mas decorreu, antes, da capacidade, demonstrada na prática, de dar conta de forma mais efetiva das novas necessidades sociais de saúde, emergentes com o capitalismo.

Ao mesmo tempo, tal qual a Natureza, a idéia do homem como um autômato superior, como um grande engenho cujo conjunto de peças encaixam-se ordenadamente e se movem segundo uma lógica articuladora, característico do modelo mecanicista, está na base do desenvolvimento dos diversos ramos da medicina, principalmente fisiologia e anatomia, que tiveram um efeito 'produtivo' de verdades – teorias e conceitos – e de tecnologia – invenção de instrumentos de pesquisa. Harvey, em 1628, demonstra a circulação do sangue, com base em uma série de imagens mecânicas, como bombas, válvulas, canais, foles, extraídas do modelo de engenharia hidráulica da época; Leeuwenhoek, em 1673, inventa o microscópio; Malpighi, em 1688, descreve a pequena circulação nos capilares sanguíneos com o auxílio do microscópio, inaugurando a era da microanátomo-fisiologia; Sartório (1561-1638) mediu, durante anos, sistemática e experimentalmente, os eventos fisiológicos, tendo inventado, para ajudá-lo em suas observações, o termômetro clínico; Cowper, em 1694, descreve o sistema muscular; Lázaro Spallanzani (1729-1779) realizou com animais experiências sobre reprodução, circulação e respiração (animal e humana), apoiando as teorias da química mecanicista de Lavoisier e contrariando as teses vitalistas da geração espontânea dos germes, através de experiências com líquidos aquecidos; Morgagni, no mesmo período, utilizou sistematicamente a dissecação de cadáveres para suas investigações clínicas, estabelecendo as bases da anatomia patológica no século XVIII, ponto de partida da anatomoclínica.

O mecanicismo será um traço constitutivo da racionalidade médica moderna, assim como foi para todas as ciências naturais, e Luz defende a idéia de que a lógica mecanicista que supõe o homem como uma grande máquina antecede o período áureo do mecanicismo clássico (segunda metade do século XVII e a primeira metade do século XVIII). Para a autora, o imaginário mecânico chega à medicina antes que nas disciplinas nobres da racionalidade científica moderna, como a física e a astronomia, com a instituição da moderna anatomia e da nova fisiologia, a partir das obras de

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Leonardo da Vinci (1452-1519) e de André Vesálio (1514-1564), respectivamente, que rompem com as velhas concepções do organismo humano.

Apesar desse progressivo conhecimento, a incorporação tecnológica ao trabalho em saúde ocorreu muito lentamente, decorrente talvez da oposição entre o modelo religioso de assistência ou da medicina cristã e o desenvolvimento tecnológico, como nos indica Mendes Gonçalves(1992). Para Singer et al. (1981), essa lenta assimilação do conhecimento pelo trabalho em saúde é análoga ao atraso da incorporação das conquistas da física e da química pelo trabalho industrial, o que só ocorreu com a Revolução Industrial, no final do século XVIII. Os autores chegam à conclusão de que há razões para acreditar “que a verdadeira ‘explosão’ de conquistas no campo médico, que se verifica a partir da segunda metade do século XIX, também se explica pelas transformações sócio-econômicas então ocorridas” (p. 20).

Mas, para o mecanicismo se realizar no nível do saber médico e da prática clínica, foi necessário também construir um sistema classificatório das doenças que podiam danificar essa máquina humana, constituindo-se assim a patologia, que se organiza a partir do modelo da botânica e depois da história natural. Em um primeiro momento, o efeito desse processo, ao nível do saber, é transformar a medicina em um discurso disciplinar sobre a doença e, com a reorganização dos hospitais, em uma ciência das ‘entidades patológicas’. Assim, a patologia detém sobre a prática clínica a liderança da teoria e o privilégio da ciência sobre a arte, obtendo-se, dessa forma, uma dupla objetivação: do corpo humano, que se torna a ‘sede das doenças’, e das doenças que se tornam ‘entidades patológicas’.

Desse ponto de vista, a questão epistemológica fundamental para Luz é que saúde, vida e cura tornar-se-ão, progressivamente, até o século XVIII, questões metafísicas, portanto supérfluas para o conhecimento. Ao desconsiderar a questão da vida, a medicina, aos poucos, verá, na observação dos indivíduos doentes, homens vivos, uma fonte de confusão, de ‘des-conhecimento’. Essa tendência exacerba-se com a anatomoclínica do século XIX, com a prática da autópsia. A partir de então, para a medicina moderna, o conhecimento anatomopatológico dos órgãos, tecidos e sistemas componentes do ‘organismo humano’, como ‘sedes das doenças’, será o objeto de conhecimento privilegiado. A saúde passará a ser vista cada vez mais não como afirmação da vida, mas como ausência de doenças.

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

Através das categorias de: doenças, entidade mórbida, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintomas etc, elaboradas no período clássico, a medicina instaurar-se-á como discurso sobre objetividades, discurso que institui: a doença e o corpo como temas de enunciados positivos, científicos. (Luz, 1988: 92)

Nesse processo, a medicina, que antes era a ciência das entidades patológicas, vai tornando-se progressivamente a ciência do normal e do patológico, categorias com profundas implicações na 'disciplina do corpo doente individual' (medicina) e na 'disciplina do corpo social' (sociologia). Portanto, para Luz (1988), a medicina é uma disciplina do social (ou ciência social), não por ser portadora de um discurso sobre a sociedade como produtora de doenças, mas pelos efeitos sociais do discurso natural sobre o corpo doente. Não se trata de tematizar, como o faz a medicina social, a partir do século XIX, como veremos adiante, a realidade social opressora do capitalismo como 'origem', 'causa', ou, 'determinação' das doenças. "É, pelo contrário, por produzir um discurso *natural* sobre uma *realidade social*: o corpo do homem, seu sofrimento, sua morte, através da doença" (p. 94 – grifos da autora). Dessa forma, o trabalho em saúde, protagonizado pelo avanço da medicina em torno das categorias de 'doença' e 'organismo', não só integra como é parte produtiva da racionalidade moderna – é uma prática social e não somente uma prática técnica.

Mercantilismo e a Medicina de Estado

Antes que a clínica se torne soberana entre as práticas de saúde, o trabalho em saúde começa a ser organizado mais marcadamente na segunda metade do século XVIII, pela "extensão do campo de normatividade da medicina" (Donnangelo, 1976: 47). Isto é, o que se generaliza não é o cuidado médico, mas a interferência da medicina na organização das populações e de suas condições gerais de vida, a partir do desenvolvimento da noção de 'polícia médica', que emerge no âmbito das diferentes sociedades européias, nomeadamente Alemanha, França e Inglaterra, configurando um novo modo de articulação das práticas de saúde com as estratégias políticas e econômicas da nova estrutura da produção capitalista.

É a partir da dimensão coletiva do fenômeno saúde e doença, ou do trabalho de saúde pública, como será conhecido mais tarde, que o trabalho em saúde se organiza, o que vai contribuir para o próprio desenvolvimento e sistematização da epidemiologia ou, na sua acepção mais restrita, da higiene, como

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

uma área do saber e da intervenção do setor saúde no âmbito do social, como veremos adiante. A preocupação central que se manifesta nos primórdios do mercantilismo é controlar a ocorrência das doenças, isto é, evitar a incapacidade para o trabalho, e não tanto recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença.

Isto porque ainda não estavam dados todos os elementos para transformar o hospital em instrumento terapêutico, ou seja, com a finalidade de curar os homens. Para isso, terá que esperar o desenvolvimento da fisiologia e da patologia, como instrumentos capazes de realizarem o diagnóstico; o advento da era dos micróbios, com o desenvolvimento da bacteriologia e da teoria dos germes; assim como o desenvolvimento do arsenal terapêutico farmacológico, das técnicas de cirurgia – muito limitadas antes do aparecimento da anestesia –; e a profissionalização do pessoal de enfermagem.

Esse hospital começa a ser inventado no final do século XVIII, no contexto da I Revolução Industrial, na Inglaterra, mas só se realiza no início do século XX. Entre 1775-1780, tanto nesse país como na França, médicos especialmente designados começam a desenvolver uma nova prática, “a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais” (Foucault, 1981: 99), determinando, com os inquéritos hospitalares, um amplo programa de reestruturação do trabalho hospitalar. Até então, os hospitais que funcionavam na Europa desde a Idade Média não eram, de modo algum, nem uma instituição médica com finalidade terapêutica, nem a medicina era uma prática hospitalar. O hospital geral era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, de separação e exclusão não só dos doentes, mas também dos loucos, devassos, prostitutas etc., em que a função médica não aparece. Era considerado um morredouro, um lugar para morrer, e não um lugar destinado a realizar a cura. “O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo” (p. 101), que pode ser perigoso para a sociedade em decorrência do possível contágio. Em contrapartida, o pessoal hospitalar – religioso ou leigo –, fazem aí uma obra de caridade, procurando assegurar, com isto, a salvação da alma do pobre no momento da morte, ao mesmo tempo que a própria salvação ao cuidar do pobre. Portanto, a função essencial do hospital é a assistência espiritual mais do que a material, oferecendo aos doentes os últimos cuidados e o último sacramento na tran-

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

sição da vida para a morte, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população.

Rosen (1980), tal qual Foucault, aponta para essa função do hospital medieval e renascentista. Entretanto, Donnangelo (1976), chama a atenção para outra função que a assistência cumpriu: a de controle das tensões sociais, particularmente na Inglaterra. Quando esse país sai da Idade Média, um dos resultados imediatos do desaparecimento da ordem feudal foi o aumento da pobreza, que passa a ser considerada um perigo potencial para a segurança do Estado.

À desintegração das estruturas feudais e à liberação em diferentes graus, nas distintas sociedades, de massas de indivíduos desprovidos de meios de subsistência e de integração a qualquer coletividade territorial, correspondeu o desenvolvimento de mecanismos de assistência, tanto pública quanto privada, que revestem o caráter de uma tutela da sociedade sobre tais massas. Essa tutela não implica a elaboração de qualquer idéia de direito à assistência mas equivale a uma reação frente à insegurança latente gerada pela presença de grupos altamente móveis e vistos como perigosos à sociedade, não enquanto 'categoria social' mas como vagabundos e criminosos potenciais. (Donnangelo, 1976: 61)

Daí que, aos métodos violentos de prevenção da vadiagem e da mendicância vêm logo agregar-se, naquele país, o reconhecimento oficial do pauperismo e a formalização da assistência, com a aprovação, em 1601, da Lei dos Pobres, que torna cada paróquia – a menor unidade de governo – responsável pela administração e gestão dos recursos, com baixa interferência do poder central. Essa 'posse' ou a retenção geográfica do pobre foi um mecanismo importante, durante o crescimento gradual da produção manufatureira e industrial, para a contenção das pressões que a grande massa desempregada, uma vez efetivamente livre no mercado, poderia exercer sobre a ordem econômica e social.

Até a reforma dessa lei, em 1834, a pobreza, na Inglaterra, era uma categoria ampla e imprecisa, e o pobre se definia pelo não-trabalho, mas este não-trabalho é entendido como indigência ou mendicância, jamais como desemprego. O trabalhador pobre era concretamente simbolizado pela figura do indigente, na prática sinônimo de 'pessoa comum' ou todo aquele que estivesse em estado de necessidade. Em 1696, surge a primeira *workhouse* – que se popularizaria no século XVIII –, em Bristol, onde, tal qual em um centro de manufatura, os pobres aprenderiam a trabalhar e a se sustentar. "Sua função primária foi a tentativa de transformar o pobre em elemento economicamente produ-"

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

vo” (Donnangelo, 1976: 65). Nesse país, a ideologia do individualismo e do liberalismo econômico antecipou-se em relação às outras sociedades europeias, e a pobreza aí representa não a manifestação de efeitos negativos da estrutura social, mas uma incapacidade puramente individual e, portanto, um fato de responsabilidade também individual.

Nesse contexto, a assistência representou, para Donnangelo, uma das principais condições que impediram a emergência, na cena política, do problema da pobreza como questão social, chegando mesmo a considerar, diferentemente de Rosen, que o caráter local e predominantemente privado da Lei dos Pobres, bem como sua ênfase discriminatória em relação ao indigente, teria permitido, na Inglaterra, uma assistência mais regular e uma medicalização³ mais efetiva e contínua que em outras sociedades.

Rosen não deixa de apontar que, no decorrer dos setecentos, houve um reconhecimento crescente da necessidade de assistência médica a certos grupos da população. “Foi nesse período, particularmente entre 1714 e 1790, que foram criados dispensários, hospitais gerais e hospitais para grupos específicos de pacientes em Londres e nas províncias” (Rosen, 1980: 210), construídos principalmente por contribuições da iniciativa privada (filantrópica), dado os limites de ação do governo local. Dessa forma, a legislação de 1601 vai representar, durante mais de dois séculos, um mecanismo importante de controle social, introduzindo na história da medicalização “um princípio de intervenção médica que corresponde tanto a uma forma de permitir que a pobreza tenha acesso em algum grau ao cuidado médico quanto a uma modalidade de defesa econômica e política da sociedade” (Donnangelo, 1976: 64).⁴

Sendo assim, duas preocupações centrais dominam os debates dos então incipientes Estados nacionais: o combate à pobreza, que será controlada pela assistência, e o crescimento da população, que será incentivado

³ Por medicalização, Donnangelo entende a extensão da prática médica a setores cada vez mais amplos da sociedade. Isso ocorre em dois sentidos: o primeiro pela ampliação quantitativa dos serviços de saúde e a incorporação crescente das populações ao cuidado médico; o segundo, pela extensão do campo de normatividade da medicina por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para obtê-la, bem como às condições gerais de vida. Mas, para essa autora, esse processo de medicalização não foi um fenômeno simples e linear de aumento de consumo; pelo contrário, representa uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressaram os interesses e o poder de diferentes classes sociais.

⁴ Sobre aspectos históricos da cidadania na Inglaterra, ver Reis, texto “Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil”, no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

pelo controle da ocorrência de doenças, ou pelo que mais tarde será reconhecido como o trabalho de saúde pública, e eventualmente pelo estímulo ao casamento e procriação.

Como parte da nova estratégia político-econômica impõe-se pensar a população, registrá-la, controlá-la e formular os princípios de sua relação com o poder do Estado, “a quantidade de população é fundamental para que o Estado possa repousar sobre bases econômicas e políticas sólidas” (Donnangelo, 1976: 49). Por outro lado, torna-se fundamental para dar conta da expansão de um capitalismo que cada vez mais penetra na produção, tornando-se manufatureiro.

Assim, a prevenção de danos à população torna-se condição primordial para aumentar a capacidade produtiva, que possibilite a acumulação de riqueza, a constituição dos exércitos e, conseqüentemente, o aumento da força do Estado e do poder das monarquias absolutistas, que, no continente europeu, apoiavam a expansão do capital mercantil ou manufatureiro. Portanto, qualquer diminuição da produtividade do trabalho causada por doença ou morte era um problema econômico significativo. Conseqüentemente, as medidas destinadas a preveni-las eram objeto de profunda consideração, e o trabalho em saúde devia ser capaz de remover todos os obstáculos para aumentar a população apta para o trabalho produtivo. Daí decorre principalmente a necessidade de calcular a força ativa das populações, de definir as condições de seu crescimento e de implantar medidas capazes de favorecê-lo.

Para o capital mercantil, a produção industrial torna-se cada vez mais central na atividade econômica, e a economia política clássica passa a considerar o trabalho como a principal fonte de riqueza, elemento essencial para o enriquecimento nacional. Nesse contexto, começa a se desenvolver uma nova concepção de trabalho, não mais ligada à noção de *tripalium*,⁵ que, do ponto de vista educativo, tem como base o aprimoramento das habilidades manuais e a repressão a qualquer movimento de criatividade dos trabalhadores, mas à noção de *labor*, que se difunde, apoiada na idéia de que o desenvolvimento da máquina significava a liberação do homem do trabalho penoso, e que iria representar e consolidar a enorme força revolucionária da ordem burguesa então

⁵ Instrumento feito de três paus aguçados, algumas vezes munidos de pontas de ferro, utilizado por agricultores para bater o trigo, as espigas de milho e o linho, com o objetivo de rasgá-los e esfiapá-los. Entretanto, é mais conhecido como instrumento de tortura, e é com esse sentido que a palavra trabalho significou por muito tempo – e ainda significa – algo como sofrimento, padecimento e cativo, conforme Nosella (1987) e Albornoz (1986).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

nascente. A máquina passa a significar a possibilidade de reduzir a jornada de trabalho para transformar o homem escravo em cidadão político, culto e artista, emulando o desejo de que suas mãos pudessem dispor de tempo para a *poiésis*, isto é, para as ações criativas, sociais e políticas.

O drama do Prometeu acorrentado é ainda a imagem mais plástica e expressiva da luta do homem para a libertação do trabalho como instrumento de tortura. O novo fogo que o heroísmo humano roubará do Olimpo da razão sem dúvida será a moderna forma de organizar o trabalho produtivo, isto é, a nova divisão do trabalho e, sobretudo, a máquina. Pelas máquinas, as mãos do homem, conforme pensavam os cientistas do Renascimento, ficariam cada vez mais longe da terra e livres. A partir dos séculos XV e XVI o trabalho exige do homem cada vez menos habilidades das mãos e cada vez mais a livre disponibilidade do corpo. [...] O trabalhador da modernidade, em função do trabalho manufatureiro e industrial, e como conseqüência do êxodo rural, sente-se 'livre como pássaros', dirá Marx. (Nosella, 1987: 31-32).

Albornoz (1986), contudo, destaca outro aspecto associado a essa nova visão do trabalho, que tem na reforma protestante a sua base. Com Lutero, o trabalho sofre uma reavaliação dentro do cristianismo, deixando de ser visto como uma punição para o pecado, que servia aos fins últimos da caridade, e passa a ser entendido como a base e a chave da vida. Nesse sentido, todo aquele capaz de trabalhar tinha o dever de fazê-lo, e o trabalho torna-se uma virtude, um modo de servir a Deus e caminho religioso para a salvação, ao mesmo tempo em que o ócio passa a ser encarado como antinatural e pernicioso. "Para esse cristianismo, a divisão do trabalho e a diferenciação dos homens em camadas e profissões [...] parece ser o resultado da vontade divina" (p. 55). Daí que a pobreza não só é abominada como suas causas são atribuídas à falta de vigor moral e labuta sistemática.

Assim, pouco a pouco, o corpo humano passa a ter um significado social novo e original, ele passa a ser a sede da força de trabalho. Agora, não interessa mais escravos e servos fixados nas terras e feudos, mas homens livres para um mercado de trabalho em expansão, onde poderão dispor de sua força, de seu corpo, e 'livremente' comercializá-la com o capitalista em troca de salário. Dada à natureza dessa relação social, na qual proprietários de riqueza empregam o trabalho de não-proprietários para produzir mais riqueza, essa mercadoria especial, que produz valor, deve ser comprada e vendida no mercado de trabalho como qualquer outra mercadoria. Essa força de trabalho livre, pronta para ser vendida e consumida nos processos de trabalho, por um lado, deve ser

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

educada e aprimorada, no sentido de torná-la mais adequada às novas funções nas fábricas e nos serviços modernos.

Segundo Nosella (1986), a educação burguesa, tão bem refletida na Ilustração francesa, no século XVIII, ao invés de cultuar as habilidades manuais, vai reforçar o nivelamento cultural, o amor ao trabalho que liberta, o amor à disciplina, transmitir informações básicas de ciências naturais e mecânicas, difundir uma religião natural, defender o espírito laico e o individualismo civil.⁶

Todavia essa força de trabalho “deve estar disponível em quantidades e qualidades adequadas à nova dinâmica da produção social, muito mais vulnerável à sua carência relativa” (Mendes Gonçalves, 1992: 35). De início, a população era relativamente escassa, e entre os fatores responsáveis por essa escassez incluíam-se as condições sanitárias então vigentes. Durante o século XVII e desde antes, os países europeus eram freqüentemente acometidos por epidemias de peste, difteria, tuberculose, sarampo e febre tifóide. As primeiras estatísticas vitais compiladas nesse período, como as de William Petty (1623-1687), médico inglês, chamaram a atenção para as altas taxas de mortalidade infantil. De acordo com sua ‘aritmética política’,⁷ os problemas de doença e de saúde da população deviam ser prioritários dado sua importância para a força política e econômica do Estado e, nesse âmbito, era fundamental o controle das doenças transmissíveis, principalmente a peste, e a diminuição da mortalidade infantil.

⁶ Foucault (1979) relata que a França normalizou primeiro os canhões, a fim de assegurar a utilização por qualquer soldado de qualquer tipo de fuzil e a reparação de qualquer canhão em qualquer oficina, e depois normalizou seus professores. As primeiras Escolas Normais, destinadas a dar a todos os professores o mesmo tipo de formação e, por conseguinte, o mesmo nível de qualificação, data de 1775, antes de sua institucionalização em 1790. A Alemanha, ao contrário, normalizou primeiro seus médicos, no mesmo período.

⁷ William Petty é considerado pioneiro no estudo quantitativo dos fenômenos sociais, através do uso dos métodos estatísticos na saúde pública. Rosen (1980) diz que as propostas de Petty refletiam o ideal de vida da ascendente classe média inglesa, inspiradas no utilitarismo, no individualismo e na filosofia experimental. Sua aritmética política é um método de análise funcional e de medição, com o objetivo de tratar os problemas econômicos e sociais. Para ele, não interessava o cálculo por si mesmo, mas sua relação com os problemas político, econômico ou social, a partir dos quais deveriam tomar as medidas necessárias que acarretassem o aumento do poder e da riqueza nacionais. Pioneiro no uso da estatística, começou a procurar regularidades matemáticas em acontecimentos como nascimentos e mortes, incidência de doenças e outros. Essa tendência de matematizar os fenômenos sociais e, especificamente, o desenvolvimento da estatística, está associada ao desenvolvimento da capacidade de formalização matemática do raciocínio abstrato, próprio da racionalidade científica moderna; ao uso do conhecimento matemático na busca de regularidades no mundo físico; à sua influência nos campos político e econômico; e à necessidade crescente da população em aprender a calcular e medir.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Era essencial também conhecer o número da população – total de homens e mulheres do país, a distribuição por idade, causas de morte, número de nascimentos etc. Mas era importante conhecer principalmente o ‘valor do povo’, isto é, o número dos grupos da população considerados mais produtivos, tais como fazendeiros, manufatureiros, comerciantes, marinheiros e soldados, daí sugerindo estudos específicos sobre a morbidade e mortalidade nas diferentes profissões.

Para Donnangelo (1976), a diferenciação do trabalho em saúde e, mais especificamente, da prática médica conforme se destine aos diferentes grupos sociais não é um fenômeno histórico que se instaura com o capitalismo. O que é novo nesse novo modo de produção da vida é que essa diferenciação adquire especificidade como decorrência da forma pela qual nele se projetam o fator trabalho e as relações de classe. Assim é que, concomitante à progressiva medicalização da sociedade capitalista, verifica-se, de um lado, a seleção de grupos sociais a serem incorporados ao cuidado médico, conforme o seu significado para o processo econômico e político, e de outro, uma diferenciação das instituições de saúde voltadas para diferentes tipos de ações e clientela.

Essa ‘aritmética política’ visa essencialmente retirar os obstáculos ao pleno desenvolvimento da prosperidade nacional e aumentar o poder do Estado, mais do que à melhoria das condições de saúde da população, e ocorre especialmente na Inglaterra, França e Alemanha, durante os séculos XVII e XVIII. Em todos esses países estabelecem-se programas para o cálculo da população através de estatísticas de nascimento e de mortalidade, bem como políticas eventuais de estímulo aos casamentos e nascimentos.

Mas foi na Alemanha que a idéia de aumentar e controlar a população, e particularmente o nível de saúde desta através da ação médica, mais se desenvolveu, a partir da noção de *Medizinichopolizei* ou ‘polícia médica’ (1764),⁸ con-

⁸ O termo polícia deriva do termo grego *politeia*, que significa constituição ou administração de um Estado. Ao final do século XVIII, a ciência da polícia, como refere Rosen (1980), se constituiu como um sistema de pensamento e comportamento administrativo que referia todas as atividades ao bem-estar do Estado alemão absoluto e mercantilista. O ponto de partida desse sistema eram as condições práticas de segurança, abrangendo os problemas de saúde e bem-estar, considerados responsabilidade do Estado. O termo polícia médica popularizou-se em 1764, com o livro de Wolfgang Thomas Rau, mas foi a partir dos trabalhos de Johann Peter Frank, publicados em 1779, que vai exercer influência na Europa e Estados Unidos até o final do século XIX. Para uma síntese da discussão em torno da noção de *Staatswissenschaft* ou ciência do Estado e do processo de estatização da medicina que ocorre na Alemanha, consultar Foucault (1981: 80-83).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

siderado um marco no pensamento das relações sociais da saúde e da doença. Um conceito abrangente que, com o desenvolvimento do mercantilismo, busca dar soluções para uma série de preocupações dos Estados nacionais, particularmente a Alemanha, em torno de diversos aspectos da vida social, tais como população, estatística vital, organização da medicina, saúde da mãe e da criança, moradia, vestuário, nutrição, acidentes, ocupação, recreação etc.

Segundo seus princípios: a) o Estado deve zelar pela saúde da população; b) os médicos são responsáveis não apenas pelo tratamento dos doentes, mas também pelo controle e manutenção da saúde da população; c) esse controle deve atingir todos os aspectos da vida dos indivíduos. Para isto, impõe-se, restringir o exercício da medicina a pessoal médico competente, produto de uma educação regular e eficiente; supervisionar o funcionamento dos hospitais; e promover a educação do povo em matéria de saúde.

Tais princípios marcaram acentuadamente a prática médica na Alemanha e implicaram, em fins do século XVIII e princípios do século XIX, na implantação de um sistema complexo de observação e registro de nascimentos, de mortes, da morbidade, da ocorrência de endemias e epidemias, bem como na instauração de uma série de mecanismos de controle, pelo poder político, da formação do médico, do exercício da prática médica, dos efeitos dessa prática sobre o estado de saúde das populações. Implicaram, enfim, em um esquema de disciplinarização da medicina pelo Estado e em uma correspondente função de controle atribuída à medicina sobre a vida social. 'Medicina de Estado' é a forma pela qual Foucault designa essa modalidade de redefinição social da prática médica na Alemanha. (Donnangelo, 1976: 51)

Isso significa que até a constituição de uma medicina da força de trabalho, o corpo que trabalha não é objeto de trabalho da medicina, mas o corpo dos indivíduos como constituintes do Estado. É a força estatal, em suas dimensões política e econômica, que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver, por meio do controle da doença em escala social e de sua participação no processo mais geral que reorganiza os elementos da vida social na constituição da estrutura de produção capitalista. Portanto, as medidas referentes ao enquadramento da população no processo de reorganização social durante o mercantilismo constitui o elemento imediato de uma reestruturação do trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que o define como prática social.

Rosen (1980) também aponta nessa direção, e, para ele, o cameralismo, versão alemã do mercantilismo, é mais que uma política de poder, cujo objetivo supremo era colocar a vida econômica e social a serviço dos poderes políticos do

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Estado, mas também uma concepção de sociedade, na qual o bem-estar social está intimamente relacionado ao bem-estar do Estado. “Na medida em que o poder era considerado como o primeiro interesse do Estado, a maioria dos elementos da política mercantilista era explicada e justificada pelo fortalecimento do poder do reino. Politicamente, *raison d'état* era o fundamento da política social” (p. 146).

Desse ponto de vista, o combate ao ‘charlatanismo médico’ e a sua contraparte – a formação de médicos competentes – foram uma das peças fundamentais para a consolidação da prática médica e para o fortalecimento do poder do Estado. A temática do charlatanismo, já presente na proposta de combate aos práticos desde William Petty, em 1648, e a conseqüente necessidade de regular a educação e o exercício profissional em saúde, tão recorrente durante a segunda metade do século XVIII, foi justificada pela necessidade de promover a saúde e aumentar a população. Segundo Rau (apud Rosen, 1980: 165),

o valor dessas atividades [tratar dos doentes e supervisionar a saúde da população], no que se refere à profissão médica, é em grande parte eliminada pelas ações odiosas e nefastas de charlatães e curandeiros (...) Para se dispor de um pessoal médico competente, é necessário decretar um regulamento de polícia médica que regulará a educação médica, supervisionará boticas e hospitais, prevenirá epidemias, combaterá o charlatanismo e possibilitará o esclarecimento da população.

Assim toma impulso, no final do século XVIII e início do século XIX, a aprovação dos regulamentos médicos em diversos Estados alemães. Em sua maioria, diziam respeito às qualificações e deveres do pessoal médico, ao controle de epidemias, à supervisão do abastecimento alimentar, ao controle da prostituição e supervisão de hospitais. Portanto, uma das ações mais contundentes da política de saúde no período foi, de um lado, a disciplinarização da medicina pelo Estado; de outro, a função política que a partir daí lhe é atribuída – a disciplinarização da vida social. Dessa forma, a prática médica vai sendo reorientada para estar cada vez mais vinculada às exigências da acumulação capitalista e da centralização do poder.

Entretanto, Rosen, assim como Donnangelo, chamam a atenção de que, ainda que o conceito de polícia médica tenha exercido forte influência nos países europeus, quando adotado fora da Alemanha – país com forte centralização de poder e relativo atraso econômico quando comparado à Inglaterra e França –, é despojado de seu sentido de amplo controle sobre as condições de vida das populações e sobre a própria prática médica. A tendência foi limitá-lo às áreas

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

em que a intervenção governamental era aceita com mais facilidade, como no controle das doenças transmissíveis, saneamento do meio-ambiente, organização e supervisão do pessoal médico, e à oferta de cuidados aos indigentes. Mesmo na Alemanha, durante o século XIX, o conceito de polícia médica vai perdendo o caráter criativo e inovador que teve quando da sua criação, dado que o grau de liberdade e iniciativa individual aumentou socialmente.

De todo modo, destaca Donnangelo, as discussões em torno dos princípios de uma política nacional de saúde representaram o início de um processo de formulação sistemática das relações entre saúde e condições de vida nas sociedades européias, que se utilizando de noções como pobreza, trabalho e produtividade retiravam progressivamente a doença do âmbito exclusivo do 'natural' ou do biológico, ao mesmo tempo em que articulavam as práticas de saúde aos projetos de reorganização social. A expressão mais elaborada dessa articulação é o desenvolvimento do conceito de 'medicina social', que emerge em um contexto absolutamente diferente do de 'polícia médica', na medida que expressa a forma pela qual se desenvolveu a luta política e a questão social a partir da Revolução Francesa.

Medicina: uma ciência social?

Apoiada amplamente sobre várias classes e camadas sociais, a ascensão da burguesia ao poder político na França trouxe, com a Revolução, um princípio político-ideológico inteiramente novo em relação ao trabalho em saúde: o princípio da igualdade. E aqui não se está dizendo, como chama a atenção Mendes Gonçalves (1992), que as sociedades capitalistas sejam igualitárias, muito ao contrário, é possível demonstrar que nessa sociedade a desigualdade básica é estrutural. Entretanto, ela se baseia na aceitação da idéia de que a igualdade é não só desejável como possível, e essa ideologia se mantém, durante a maior parte do tempo, às custas do consenso provisório arduamente construído, às vezes apenas graças ao recurso à força física.

A obtenção do consenso acerca das virtudes potenciais dessa forma de organização social (...) não pode se basear apenas em palavras (...), mas passa necessariamente por conflitos e negociações em que as concessões feitas são aceitas, ao menos durante um certo tempo, como provas suficientes daquelas virtudes. E as próximas negociações que vierem a ocorrer se darão sempre em um patamar renovado de realidades objetivas, que deve caracterizar-se enquanto se mantiver a estrutura básica dessas sociedades, pela manutenção daquela desigualdade básica e ao mes-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

mo tempo por ganhos efetivos das partes 'mais desiguais'. (Mendes Gonçalves, 1992: 36)

Nessa dinâmica político-ideológica derivada do princípio da igualdade, ampliaram-se, gradativamente, em escala quantitativa e qualitativa, os direitos garantidos às classes subalternas. Mas, além da ideologia de liberdade e igualdade política formais dos cidadãos sob um Estado baseado no interesse geral do povo, a Revolução introduziu também a questão social, representada pela presença da pobreza no campo político.

A doutrina da assistência à pobreza elaborada nos anos que se seguiram à Revolução de 1789 foi inteiramente nova por referência aos métodos usuais de tratamento da questão. À caridade religiosa deve suceder-se uma laicização da assistência, ao fundamento religioso do direito ao cuidado opõe-se agora um fundamento social – o dever de assistência da coletividade nacional frente aos cidadãos que necessitam de auxílio. O direito ao auxílio afirma-se como substituto do direito ao trabalho que a sociedade tem por obrigação assegurar. (Donnangelo, 1976: 54-55)

Esse processo de reforma política e social baseado no irrompimento da grande massa do 'povo' na vida política implicou novas atribuições para o trabalho em saúde, que foi sendo progressivamente reestruturado nos oitocentos, não só na França, mas também na Inglaterra e Alemanha, como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas. Do ponto de vista da prática médica, sucedem-se, particularmente na França, os projetos de reforma médica, as medidas visando à assistência obrigatória e gratuita aos enfermos e à reestruturação dos hospitais não mais como lugar de confinamento da pobreza, mas como lugar de cura. Do ponto de vista político, o engajamento da medicina nas discussões em torno da correção dos males sociais, da opressão e da pobreza, entre outros.

A concepção de medicina social, que encontra sua forma mais acabada na primeira metade do século XIX, desenvolve-se na França tendo como suporte não a estrutura do Estado, como na Alemanha, mas o progressivo fenômeno da urbanização. Ela se intensifica, na segunda metade dos setecentos, exigindo a organização das grandes cidades de modo coerente, homogêneo, com um poder único e bem regulamentado, ou, como sintetiza Foucault (1981: 86), pela necessidade de "constituir a cidade como unidade". Isso é decorrente de razões econômicas, tendo em vista que a cidade é um lugar de produção de mercadorias e de mercado, que unifica as relações comerciais, exigindo, por isso, mecanismos de regulação homogêneos e coerentes. Mas também por razões políticas, pois o desenvolvi-

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

mento da industrialização é acompanhado pelo crescente aparecimento de uma população operária pobre que se vai tornar, no século XIX, o proletariado urbano, aumentando as tensões políticas no interior da cidade.

São freqüentes e cada vez mais numerosas as agitações e sublevações urbanas, decorrentes da alta de preços dos alimentos ou da baixa dos salários, que se não eram um fenômeno novo, ganham em intensidade, conduzindo às grandes revoltas contemporâneas da Revolução Francesa. Desenvolve-se, com isso, também o que Foucault denomina 'medo urbano': medo das oficinas e fábricas que se estão construindo, do amontoamento da população, medo dos esgotos, das epidemias urbanas e dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade etc.

Daí a necessidade de um poder político capaz de esquadrihar esta população urbana. Não um poder que exclua os homens desse espaço, como no caso da lepra, mas um poder que consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los e constatar o estado de saúde de cada um, que foi um modelo de organização do trabalho em saúde suscitado pela peste ou morte negra, como era conhecida. Um modelo não mais de exclusão, mas de internamento; não mais de agrupamento fora da cidade, mas de análise minuciosa da cidade e de registro de todos os fenômenos; não mais um modelo religioso, mas militar.

Para Foucault, essa medicina urbana tinha essencialmente três grandes objetivos. Em primeiro lugar, analisar os lugares de acúmulo, de confusão, de perigo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença – lugares de formação e difusão de epidemias e endemias, como os cemitérios, que, a partir de 1780 começam a ser removidos e construídos nas periferias das grandes cidades, assim como os mortos passam a ser enterrados em caixões individuais.

O segundo objetivo é o controle da circulação das coisas, essencialmente da água e do ar. Isso porque, à época, a concepção do ar como causa ou simples veículo de doenças impregna a teoria miasmática,⁹ predominante até o apareci-

⁹ Para essa teoria, os miasmas não se originam nem do calor, nem do frio, nem da umidade, nem da secura. Eles dependem de misteriosas e inexplicáveis alterações nas entranhas da terra. Pelos seus eflúvios, a atmosfera torna-se contaminada, e os organismos dos homens são predispostos e determinados. Certas partículas atmosféricas "insinuam-se entre os sucos do corpo, desagregando-os, misturam-se ao sangue e finalmente contaminam todo o organismo" (Barata, 1985: 17). No Brasil, a intervenção no espaço urbano-social é característico do projeto de medicina social que se implanta aqui no século XIX, mas já está presente desde o final do século XVII, e tem como pressuposto a teoria miasmática (ver Machado et al., 1978).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

mento da bacteriologia na segunda metade do século XIX. Além disso, as qualidades do ar frio, quente, seco ou úmido em demasia, e/ou uma ação mecânica direta do ar sobre o organismo, eram consideradas como grandes fatores patógenos. Para desbloquear o ar, torná-lo sadio e de qualidade, era necessário arejar as cidades, abrindo grandes avenidas no espaço urbano, destruindo tudo que impedisse a sua circulação. Criam-se, assim, grandes corredores de ar, como também os corredores de água, entendendo-se que a água devia, com sua corrente, lavar a cidade dos miasmas que, sem isso, aí permaneceriam.

Por último, essa medicina urbana intervém na organização das fontes de água limpa e no esgotamento sanitário, consideradas uma das principais responsáveis pelas epidemias que assolavam as cidades, particularmente Paris.

Sob o impacto da crescente urbanização dos países europeus e da consolidação do sistema fabril, sucedem-se com força crescente durante toda a primeira metade do século XIX, e sob a influência dos movimentos revolucionários, na França e Alemanha, as afirmações do vínculo entre saúde, medicina e sociedade, que reiteram duas temáticas principais: a identificação sistemática das condições de vida social como fonte de enfermidade e a postulação da medicina como instrumento de reorganização social. Nesse momento, a questão do direito à saúde começa a ser colocada pelos movimentos revolucionários como um direito social. É entendido fundamentalmente como um direito coletivo e não como um direito de assistência médica individual; é evocado como um direito à vida e não como um direito ao cuidado médico, como mais tarde vai se expressar com o desenvolvimento e consolidação da prática hospitalar.

Nas primeiras décadas do século XIX surgem numerosos inquéritos oficiais e particulares sobre as condições de vida das diferentes classes sociais, sobre as condições de trabalho ou sobre os efeitos dos níveis de renda, nutrição e condições de moradia e saneamento para o estado de saúde, revelando claramente que as taxas de morbidade e mortalidade estavam relacionadas à situação social dos diferentes grupos sociais. Os estudos de Villermé, em especial o referente às condições de saúde dos trabalhadores têxteis, levantam a opinião pública e provocam a elaboração da primeira legislação sobre o trabalho, na França, em 1841, regulando o trabalho de crianças nas fábricas. (Donnangelo, 1976: 56)

A França é o berço desse pensamento inovador, e quando o termo medicina social foi forjado por Jules Guérin, em 1848, condensava um longo processo de elaboração das relações entre saúde e condições de vida e trabalho. Donnangelo chama a atenção que esse conceito é proposto no momento do

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

processo revolucionário em que novamente as diferentes classes sociais se aglutinavam na realização do projeto político da burguesia francesa, mas no qual, já então, o proletariado desempenhou papel político ativo e tentou a implantação de sua 'república social', ainda que, para tanto, não dispusesse de condições objetivas.

A emergência desse pensamento inovador não se circunscreveu à França. Estendeu-se aos demais países europeus e, particularmente, à Alemanha, onde esse conceito se desenvolve de forma mais precisa a partir da concepção de causação social da doença, isto é, das relações entre as condições de vida e trabalho das populações e o aparecimento das doenças, e que tem, na revolução de 1848, a sua origem.

Mendes Gonçalves (1994) destaca que o primeiro fato que caracteriza o conceito de medicina social na Alemanha é o seu alcance, pois não se tratava de subordinar as práticas de saúde ao Estado em função da acumulação da riqueza nacional, como propunha o conceito de polícia médica, mas de subordinar o Estado ao projeto médico de reorganização completa da sociedade, e que pode ser sintetizado na fórmula de Virchow de que "a medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala" (apud Mendes Gonçalves, 1994: 75).

O segundo fato diz respeito ao estatuto lógico do saber que se estrutura em torno da dimensão coletiva do fenômeno saúde/doença,¹⁰ propondo a superação de sua fase intuitivo-normativa para uma fase científica, isto é, as relações entre as condições econômicas e sociais e a saúde e a doença deviam ser investigadas. Essa proposição deriva da experiência histórica com as epidemias e do desenvolvimento da capacidade de formalização matemática do raciocínio abstrato própria da racionalidade científica moderna. Observou-se que, contando os casos de doença e relacionando-os com o tempo, o espaço e com as características dos doentes e dos ambientes em que eles viviam, podiam-se tirar duas conclusões: de que era possível prever quantos casos ocorreriam em uma próxima unidade de tempo e em um espaço geográfico e demográfico delimitado; e era possível verificar a associação entre a ocorrência de doença e um ou vários fatores presentes no homem ou no ambiente.

¹⁰ Sobre o processo saúde/doença, ver Monken e Barcellos, texto "O território na promoção e vigilância em saúde", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Por último, essa concepção caracterizou-se pela sua politização concreta, que a identificou com posições sociais que, tendencialmente, iam além dos limites da consolidação do capitalismo, na medida em que, potencialmente, negavam a estrutura social e pelo esforço para sua superação. No limite, isso significava que, para produzir saúde, era preciso mudar a sociedade.

Rudolf Virchow e Salomon Neumann partiam de três princípios: 1) a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social. A saúde e a educação são condições necessárias para gozar uma existência saudável;¹¹ 2) as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à investigação científica; 3) que deviam ser tomadas as providências necessárias para promover a saúde e combater a doença, e que essas medidas deviam ser tanto sociais como médicas (Rosen, 1980).

Para Virchow, as causas das doenças, eram tanto sociais, econômicas e políticas quanto biológicas e físicas. Para ele, era possível apontar como causas as condições atmosféricas e/ou as mudanças cósmicas gerais, com base na teoria miasmática, mas em si e por si estes problemas não eram a origem das epidemias. Estas eram produzidas onde, devido às condições de pobreza, o povo vivia durante muito tempo em 'situação anormal'. Neumann, por sua vez, estava convencido de que, se a pobreza, a fome e a miséria não eram idênticas à morte, à doença e ao sofrimento crônico, eram, junto com o preconceito, a ignorância e a estupidez, fontes inesgotáveis de seu aparecimento.

A partir dessas idéias, Virchow desenvolve a teoria sócio-histórica das doenças epidêmicas, diferenciando-as em natural e artificial, e onde a cultura ocupa um lugar importante entre o homem e a natureza. Para ele,

as condições de vida são tanto naturais quanto artificiais, dependendo da situação espacial e temporal do indivíduo. O desenvolvimento da cultura, multiplicando as relações entre os indivíduos, também complexifica as condições de vida (...). Conseqüentemente, as epidemias são naturais ou artificiais dependendo se as mudanças das condições de vida ocorrem espontaneamente (através de acontecimentos naturais) ou artificialmente (devido ao modo de vida) (apud Rosen, 1980:84).

As epidemias naturais tinham origem em acontecimentos, tais como mudanças de estação, de tempo etc. Elas retornavam com frequência ou per-

¹¹ Sobre a relação entre educação e saúde, ver Morosini, Fonseca e Pereira, texto "Educação e saúde na prática do agente comunitário", no livro *Educação em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

maneciam, na medida em que as condições externas se mantinham inalteradas, ou quando “a grande massa não se protegeu por meios artificiais (...). Fluxos, febres intermitentes e pneumonia sempre têm surgido sob a forma epidêmica” (Virchow apud Rosen, 1980: 84).

Porém, é através da definição das epidemias artificiais que o caráter sócio-histórico da teoria de Virchow fica mais explícito. Para ele, estas eram atributos da sociedade, produtos de uma falsa cultura ou de uma cultura não acessível a todas as classes. As epidemias de tifo, escorbuto e tuberculose, entre outras, eram indicativas da desordem política e social, e conseqüentemente afetavam predominantemente aquelas classes que não participavam dos benefícios da cultura.¹² Neste sentido, elas não só eram produtos das contradições sociais, mas também manifestações significativas do processo histórico.

A história mostrou mais de uma vez (...) como os destinos dos maiores impérios foram decididos pela saúde de seu povo e de seu exército; não há mais dúvida de que a história das doenças epidêmicas deve ser uma parte inseparável da história cultural da humanidade. (...) As doenças epidêmicas, exibindo um caráter até agora desconhecido, aparecem e desaparecem depois que novos períodos de cultura começaram freqüentemente sem deixar traços. Como casos típicos tomemos a lepra e o suor inglês. A história das epidemias artificiais é a história de alterações sofridas pela cultura do homem. Irrupções violentas de epidemias nos assinalam os momentos em que a cultura muda de direção. Toda verdadeira revolução cultural é seguida de epidemias, pois uma grande parte do povo só gradualmente penetra no movimento cultural e dele começa a se beneficiar. (Virchow apud Rosen, 1980: 85)

A elaboração dessas idéias foi suscitada pelo processo de industrialização e urbanização pelo qual passava a Alemanha. Apesar do ritmo mais lento desse processo, se comparada com a Inglaterra e a França, por volta de 1848, o número crescente de indigentes, a existência de uma classe assalariada, a presença do proletariado industrial, não podiam ser negados. A utilização de mão-de-obra feminina e infantil era uma realidade e cada vez mais ficavam evidentes as péssimas condições de vida e trabalho da população, campo fértil para a eclosão das epidemias. “Como na Inglaterra e na França, a industrialização foi acompanhada de uma matança de inocentes. Os que sobreviviam ao berço eram abandonados aos ternos cuidados da fábrica e da mina” (Rosen, 1980: 87).

¹² Sobre a discussão entre cultura e saúde, ver Pedrosa, texto “Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde”, no livro *Educação em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Neumann, coerente com os princípios esboçados anteriormente, elaborou e submeteu, em 1849, à Sociedade Berlinense de Médicos e Cirurgiões, um projeto de Lei de Saúde Pública no qual esboça um amplo programa de reforma sanitária.¹³ Entre as medidas propostas está a organização de serviços médicos públicos para os pobres, incluindo a escolha livre de médicos, acompanhada do 'direito do cidadão ao trabalho'; um programa de higiene industrial, com ênfase na regulação legislativa das condições de trabalho; a proibição do trabalho infantil antes dos quatorze anos; a redução do dia de trabalho nas profissões consideradas perigosas; a proteção das mulheres grávidas; o estabelecimento de padrões para a ventilação dos locais de trabalho e a prevenção do envenenamento industrial através da utilização de materiais não-tóxicos. Defende também a regulamentação do exercício profissional da medicina e o reconhecimento da estatística como instrumento importante na investigação das relações causais entre condições sociais e os problemas de saúde. Para Neumann, não se tratava de uma estatística médica em sentido estrito, mas de uma 'estatística social', ponto de vista que irá desenvolver nas suas investigações posteriores. Virchow também afirmava que a estatística era um padrão de medida: "comparamos vida com vida e veremos onde há maior densidade de mortes, se entre os trabalhadores ou entre os privilegiados" (apud Rosen, 1980: 88).

Mas as opiniões de Virchow e seus colaboradores não frutificaram à época. Com a derrota da revolução de 1848, o movimento pela Reforma Sanitária rapidamente chegou ao fim. Se durante a última metade do século XIX, na Alemanha, essa concepção social não desapareceu, a reforma se transformou em um programa mais limitado. Ao mesmo tempo, afirma Rosen, a extraordinária rapidez com que as ciências naturais se desenvolviam deu a elas enorme prestígio junto à medicina. É nesse período que surge a bacteriologia, que parecia ser a resposta ao problema da causação da doença. Sob tais condições, não foi difícil passar o doente e seu ambiente para um plano secundário e estabelecer uma relação de causa e efeito entre germe e doença.

¹³ Sobre o movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, ver Braga, texto "Sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI", no livro *Sociedade, Estado e Direto à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

Com a chegada da década de 1880, anunciou-se a idade de ouro das descobertas bacteriológicas e a era dos micróbios,¹⁴ como demonstra o Quadro 1 a seguir. Resulta, a partir daí, que as ações de saúde pública se efetivassem, ignorando cada vez mais as relações entre doença e condições sociais. Emil Behring, por exemplo, em 1893, em um ensaio em que trata da terapia etiológica das doenças transmissíveis, proclama, apaixonadamente, a bacteriologia como a verdade médica definitiva e Robert Koch como seu profeta. Faz restrições à associação causal entre a miséria social e doença, assim como à necessidade de uma ampla reforma social, tal qual proposta por Virchow. Assinala que a sugestão tinha seus méritos mas que “de acordo com o procedimento de Robert Koch, o estudo das doenças infecciosas podia ser levado adiante sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sociais sobre política social” (Rosen, 1980: 78-79).

Quadro 1 – Descobertas médico-sanitárias entre os anos 1880-1900

Ano	Doença-organismo	Descobridor
1880	Febre Tifoide (bacilo encontrado em tecidos) Hanseníase (ex-lepra) Malária	Eberth Hansen Laveran
1882	Tuberculose Mormo	Koch Loeffler e Schutz
1883	Cólera Estreptococo (erisipela)	Koch Fehleisen
1884	Difteria Febre Tifoide (isolamento do bacilo) Estafilococo Estreptococo Tétano	Klebs e Loeffler Gaffky Rosenbach Rosenbach Nicolai
1885	Coli	Escherich
1886	Pneumococo	Fraenkel
1887	Febre de Malta Cancro Mole	Bruce Ducrey
1892	Gangrena Gasosa	Welch e Nuttall
1894	Peste Botulismo	Yersin, Kitasato van Ermengen
1898	Bacilo da disenteria	Shiga

Fonte: Rosen, 1994: 245.

¹⁴ A era dos micróbios começa com Louis Pasteur, quando este inicia seus estudos sobre o clássico processo de fermentação, em 1856, envolvendo a produção de vinhos e cervejas no norte da França, concluindo sobre a dependência desse processo da presença de certos organismos. Mais tarde, na década de 1860, estudando a doença do bicho da seda, dessa vez sob encomenda dos industriais franceses de têxteis, consolida a possibilidade da relação causal entre germes e doença. Mas foi com Robert Koch, em 1876, que a origem microbiana de uma doença passa a ser demonstrada e sua origem biológica imediatamente elucidada, com seus estudos sobre o *bacillus* do antraz. Daí por diante, enquanto os estudos de Koch aprofundam e indicam técnicas para o cultivo e estudo das bactérias, Pasteur volta-se para os mecanismos de infecção e desenvolve conhecimentos de prevenção e tratamento das doenças transmissíveis, estabelecendo com isso o princípio da imunização antibacteriana e antitóxica.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

A derrota do movimento revolucionário de 1848 e, posteriormente, o desenvolvimento da bacteriologia, assinalam a primeira morte da medicina social e da sua concepção social das doenças, tal como era considerada na França e Alemanha. Por outro lado, assinala Mendes Gonçalves (1994), esse momento marca, por oposição, o nascimento definitivo do sanitarismo, cujo melhor exemplo é a Inglaterra, e da epidemiologia como área do saber que se estrutura em torno da dimensão coletiva do fenômeno saúde e doença, mas comprometida, em suas linhas gerais, com a reprodução da ordem social.

A Medicina da Força de Trabalho e o Nascimento da Epidemiologia

A partir da segunda metade do século XVIII, o ritmo e o caráter da vida econômica na Inglaterra começam a mudar profundamente em decorrência do que se convencionou chamar de I Revolução Industrial. O que caracteriza esse processo é a substituição, na produção de mercadorias, da força física do homem pela energia das máquinas, liberando uma força produtiva nova e mais adequada ao processo de valorização do capital. A introdução do trabalho morto sob a forma de máquinas no lugar do trabalho vivo gera uma nova capacidade de extração de mais-valia, a mais-valia relativa, que se define pela redução do tempo de trabalho socialmente necessário para produzir a mesma quantidade de valores de uso, sem que isso signifique o abandono da extração da mais-valia absoluta, que se dá pela ampliação (intensiva e extensiva) da jornada de trabalho (Bottomore, 1988). Daí por diante, a extração de mais-valia pode ocorrer através do aumento simultâneo da produtividade, com a introdução incessante de inovações tecnológicas, e da intensidade do processo de trabalho.

A grande indústria, no entanto, só se firmou e criou uma base técnica adequada quando se apossou de seu meio característico de produção, a própria máquina, e começou a produzir máquinas por meio de máquinas. Isso só foi possível com a descoberta, no início do século XIX, do *slide-rest*,¹⁵ dispositivo mecânico que veio substituir a mão humana na produção e que teve duas consequências imediatas: o aperfeiçoamento e barateamento de todas as máquinas, estimulando invenções e aperfeiçoamentos ulteriores, e a emancipação do

¹⁵ Marx se refere aqui à segunda máquina a vapor de Watt de 1784, também chamada de máquina de ação dupla. A base de carvão e água, foi o primeiro motor a produzir sua própria força motriz, possibilitando o total controle humano sobre sua potência energética. Ver Marx (v II, 1988: 9).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

processo de produção não só dos limites da força humana como também dos limites de outras forças naturais, tais como a animal, a hidráulica e a eólica, permitindo assim a concentração da produção nas cidades.

É um processo que marca o início da aplicação consciente das ciências da natureza no processo de produção de mercadorias. A ciência, de produto intelectual do desenvolvimento social, a partir desse momento passa a ser incorporada como força produtiva do capital, ao mesmo tempo em que provoca também a revolução urbana, com o acelerado crescimento das cidades industriais, e o desemprego. As ferramentas especiais do cardador, do batedor, do torcedor e do fiandeiro das manufaturas de lã, por exemplo, vão-se transformando em outras tantas máquinas especiais. Os trabalhadores começam a perceber assim que as máquinas não estavam a seu favor, como os iluministas apregoavam à época.

A jornada de trabalho nas indústrias não diminuía para os trabalhadores; muito pelo contrário, aumentava, pois só a jornada lucrativa do dono da máquina era beneficiada. Perceberam os trabalhadores que as máquinas tinham vínculos e compromissos políticos com o capital e, por causa disso, acabavam sendo hostis a eles. Enfim, perceberam que as máquinas eram relações humanas, eram políticas e, portanto, começaram a depositar suas esperanças de libertação não tanto nessas máquinas capitalistas, e sim em seus companheiros, os trabalhadores. Surgiram os sindicatos. (Nosella, 1987: 33)

Essa nova compreensão de que a relação produtiva é uma relação social subverte toda a explicação tecnicista, mecânica e funcional da relação de trabalho. E isso vai colocar para o movimento socialista a necessidade de superar a concepção de trabalho como 'labor', pela de *poiésis*, "que visa relacionar a máquina com o homem universal e eliminar a separação entre trabalhadores das mãos e trabalhadores da inteligência" (Nosella, 1987: 37). Uma concepção essencialmente marcada pelo conjunto das atividades sociais que buscam superar a divisão entre teoria e prática, e pela idéia de que para se relacionar com a máquina é necessário possuir conhecimentos científico, tecnológico e político – ter uma formação politécnica.

Nesse contexto de acentuado desenvolvimento da economia inglesa, de alteração do quadro político com a consolidação da hegemonia política das frações industrial e financeira da burguesia, e da emergência das organizações operárias, representadas pelas *Trade Unions*, que a retenção geográfica dos pobres nas paróquias, tal como estabelecia a Lei dos Pobres de 1601, já não

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

atendia às novas necessidades de acumulação do capital, o que exige a sua reforma em 1834. Do mesmo modo, leva também à formalização legal da saúde pública ou sanitarismo, versão inglesa da medicina social, que aí encontra seu máximo desenvolvimento por comparação às demais sociedades européias da época (Donnangelo, 1976).

Para o novo industrialismo, a mobilidade dos trabalhadores era exigência essencial para a civilização industrial que então surgia. A força de trabalho precisava estar disponível em quantidade adequada nos locais que fosse mais necessária e, conseqüentemente, os industriais pediam um mercado de mão-de-obra aberto ao jogo livre da oferta e da procura.

Por outro lado, diz Rosen (1980), a doutrina da necessidade filosófica, baseada na crença na ordem natural da sociedade, a economia política de Smith, Malthus e Ricardo, e a filosofia administrativa de Bentham, estão na base das propostas sobre o fim da assistência aos pobres capazes. A pobreza e a ociosidade deviam ser reguladas pela razão e pela necessidade e não por uma provisão legal dirigida a eles, o que iria somente agir como incitamento à ociosidade. Os pobres deviam ser compelidos a se defenderem sozinhos e estimulados a se ajudarem sendo econômicos. A Lei dos Pobres de 1601, nesse sentido, era um obstáculo à auto-ajuda, ao progresso individual e social.

De outro lado, aceitava-se como princípio básico que a empresa privada livre era a mola principal do progresso social. Sendo assim, a lei também era um obstáculo, um impedimento social a ser removido para libertar o potencial da iniciativa individual. A ação do indivíduo visando ao seu próprio benefício faria mais para melhorar a condição do pobre que qualquer assistência legal.¹⁶ Finalmente, para manter a ordem econômica e a harmonia entre os homens era necessário “considerar a mão do legislador como a mão invisível que guia o homem em sua ação econômica e social” (Rosen, 1980: 230).

É nesse contexto que é aprovada o Ato de Emenda à Lei dos Pobres, em 1834, que incorpora e implementa os princípios do relatório elaborado por Edwin Chadwick, ‘radical filosófico’ e membro da Comissão Real para investigar a administração e o funcionamento da Lei dos Pobres de 1601. O principal objetivo da lei de 1834 foi criar um mercado livre de mão-de-obra, transformá-la em

¹⁶ Sobre a discussão da ação estatal sobre a pobreza, ver Pereira e Linhares, texto “O Estado e as políticas sociais no capitalismo”, no livro *Sociedade, Estado e Direto à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

uma mercadoria livre das amarras paroquiais, ao mesmo tempo em que restringiu o atendimento ao pobre, considerado daí em diante como o mais miserável dos miseráveis fora das casas de trabalho.

Portanto, esse movimento significou uma ruptura com o estatuto da pobreza, revelando sob essa categoria a força de trabalho que se torna necessária à produção industrial.

O núcleo dessas disposições encontra-se no fato de que, admitindo a assistência a velhos e doentes, excluía contudo desse direito as pessoas aptas ao trabalho, juntamente com suas famílias, a menos que se sujeitassem ao internamento nas *workhouses*. (...) Trata-se, portanto, antes de mais nada de reduzir a massa de incapacitados aparentes ao seu limite mínimo e liberar para o mercado de trabalho – aumentando ao mesmo tempo a competição neste mercado – o volume disponível de força de trabalho adequado aos interesses do capitalismo industrial competitivo. Isso implica a correspondente exigência de desarticular em definitivo os laços anteriormente estabelecidos entre o 'pobre' e a freguesia a que 'pertence', de forma tal que ele possa irromper e circular livremente no mercado. (Donnangelo, 1976: 65-66)

Mas, além do sentido econômico, essa nova legislação também tem um sentido político, consubstanciada na transformação do antigo pobre em proletariado industrial, o que coloca em evidência um novo tipo de pobreza.

A pobreza continuará a expressar-se pelas várias formas de carência e enfermidade mas não se identifica com o não-trabalho, diz respeito agora a uma categoria social claramente discernível, que pode ser e será doravante mais freqüentemente remetida à forma que assume o processo de acumulação de capital. Ademais, o proletariado industrial, diferentemente dos pobres de paróquia, introduz na vida política novas formas de organização – em especial os sindicatos e, através delas, associações voluntárias de assistência, passíveis de expressar a 'solidariedade de classe'. (Donnangelo, 1976: 66-67)

E são as condições do proletariado urbano-industrial que fazem emergir a questão da saúde pública, imediatamente após a reforma da Lei dos Pobres. A economia de mercado, as novas fábricas e o ambiente urbano moderno começam a produzir problemas de saúde, exigindo novos meios de proteção da saúde e prevenção das doenças. Desde o final do século XVIII e entrando pelo século XIX, começa a ocorrer, com freqüência cada vez maior, febres epidêmicas, tifo etc., decorrentes da superlotação de fábricas e das jornadas de trabalho de 13 a 16 horas, inclusive para mulheres e crianças; das moradias superlotadas e insalubres; dos baixos salários, da ausência de serviços sanitários básicos etc. O aumento na taxa de mortalidade geral da população acompanha

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

o crescente número de habitantes das grandes cidades, tais como Bristol, Leeds, Liverpool, Londres, Manchester etc. Na década de 1830, as taxas de mortalidade da população urbana são superiores ao crescimento populacional das cidades. Em 1832, uma epidemia de cólera que começou em Paris, se propaga por toda a Europa, cristalizando em torno da população proletária uma série de medos políticos e sanitários. “Cada vez mais a Inglaterra vivia em cidades e trabalhava em fábricas e, à medida que esta nova forma de vida se difundia, as condições de saúde pioravam, tornando insuficiente qualquer esforço voluntário e gradual para enfrentar o problema” (Rosen, 1980: 233). A necessidade de controlar, por razões econômicas e políticas, a ação dos fatores que acarretavam os elevados índices de enfermidades e mortes, vai exigir a adoção de medidas capazes de atingir coletivamente a população.

Nesse âmbito, Chadwick vai exercer um papel importante, pois, segundo Rosen, ele considerava que a pobreza era conseqüência muitas vezes de doenças pelas quais o indivíduo não podia ser responsabilizado e tinha a convicção de que a saúde era afetada pelo estado do ambiente social e físico. Em 1842, lança um documento fundamental da saúde pública moderna no qual aponta “sem deixar margem a dúvidas, que a doença estava relacionada a condições ambientais ruins causadas por falta de esgoto, suprimento de água e meios para remover o lixo das casas e ruas” (Rosen, 1980: 236). Essas questões receberam uma atenção maior com a adesão dele à teoria miasmática, fazendo com que a saúde pública fosse definida mais como um problema de engenharia do que de medicina, em decorrência das ações, tais como drenagem, limpeza das casas e ruas, melhor abastecimento d’água e melhor sistema de esgotos, além da retirada eficiente de todo o lixo das cidades.

Entretanto, Foucault (1981) também aponta para o que considera uma iniciativa inovadora do sanitarismo inglês: a idéia de uma assistência controlada. Isto é, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os pobres a satisfazer suas necessidades de saúde quanto um controle pelo qual a burguesia ao assegurar a saúde dos pobres também se protege. “Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre” (p. 95). Para Foucault, a partir da legislação médica contida na Lei dos Pobres de 1834, vê-se claramente a transposição do grande problema político da burguesia à época: a que preço, em que condições e como assegurar sua segurança política.

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

Singer et al. (1981), na sua análise, também apontam para essas iniciativas de 'cordão sanitário', bem como para as preocupações em torno da segurança política da burguesia, tendo em vista que os problemas de saúde suscitados pela Revolução Industrial não afetavam apenas os trabalhadores, mas também as classes dominantes. Isto porque, a) estas não ficavam imunes às epidemias que grassavam nos novos centros industriais; b) as más condições de vida e saúde reduziam significativamente a produtividade do trabalho, conseqüentemente o lucro; c) a situação dos operários era terreno fértil para movimentos de revolta, que punham em perigo a ordem burguesa constituída. Em síntese, era preciso intervir para remediar essa situação, de modo a garantir condições mínimas para a reprodução da força de trabalho e para que a capacidade de trabalho dos operários fosse preservada. O Estado devia intervir não só criando leis trabalhistas que limitassem a exploração do trabalho, principalmente infantil, como também serviços de saúde que pudessem garantir a reprodução da força de trabalho.

Em um primeiro momento, portanto, essas ações privilegiam as medidas de saneamento do meio, que efetivamente contribuíram para a redução das taxas de mortalidade por doenças transmissíveis na Inglaterra. Em um segundo momento, em torno de 1870, segundo Foucault (1981), com a organização de um serviço não de cuidados médicos, mas de controle médico da população. Trata-se dos sistemas de *health service* ou *health officers* que têm início na Inglaterra em 1875, chegando ao final do século XIX com quase mil unidades. Sua função compreendia o controle da vacinação obrigatória, a organização do registro das epidemias e doenças com riscos epidêmicos e localização dos lugares insalubres e eventual destruição desses focos de insalubridade. Esses serviços tinham como característica atingir o conjunto da população, isto é, o objeto de intervenção era a população em geral e não os indivíduos, os cuidados eram coletivos e não individuais.

É a partir desse objeto que a epidemiologia se desenvolve como área do saber que se estrutura em torno da dimensão coletiva do fenômeno saúde e doença. Entretanto, não mais comprometida com a mudança social, mas com a reprodução da ordem social. Ao redor dela, desenvolvem-se as diversas disciplinas da higiene, como saberes de estrutura normativa que procurarão traduzir os conhecimentos gerados para perspectivas aplicadas e aspirando ao estatuto de puramente técnicas.

Essa estruturação, inicialmente, deve ser compreendida como resposta às necessidades expressas explicitamente no plano coletivo, seja uma certa quantidade e produtividade da população, seja um padrão igualitário de saúde ou de

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

condições ambientais de vida. Em seguida, esse saber deve constituir um objeto passível de intervenção nesse mesmo plano, isto é, deverá compreender a saúde e a doença como expressão de um fenômeno essencialmente supra-individual. Finalmente, a tal objeto coletivo, esse saber deverá fazer corresponder instrumentos de trabalho adequados, tanto para sua apreensão como para a manipulação, tais como o desenvolvimento das estatísticas de população e o amplo conjunto de ações higiênicas.

Assim, o saber epidemiológico irá caracterizar-se, primeiramente, pela progressiva codificação da investigação sobre as dimensões coletivas da saúde e da doença nos moldes do 'método científico', inspirado no positivismo,¹⁷ derivando daí a extrema restrição em captar a historicidade do seu objeto: os corpos coletivos investidos socialmente. Em segundo lugar, e, por conseqüência, foi sendo erigido como único método capaz de explicar o seu objeto, bloqueando enfoques alternativos como não científicos, mais por razões políticas do que científicas. Em terceiro lugar, historicamente, a epidemiologia passou a se referir às delimitações da doença, realizadas no interior da clínica fisiopatológica como elementos invariantes, ou seja, ficou presa à formalização biológica da estrutura anatomofisiológica do corpo individual produzida por esta, excluindo, assim, toda a diversidade e historicidade de seu objeto.¹⁸ Por último, ao tomar a doença como invariante e atributo individual, a epidemiologia "é obrigada pela lógica indutivo-quantitativa a tomar to-

¹⁷ No sentido amplo, o positivismo refere-se à teoria do conhecimento proposta por Francis Bacon, John Locke e Isaac Newton, a qual afirma a primazia da observação e a busca da explicação causal por meio da generalização indutiva. Nas ciências sociais, ficou associado a três princípios afins: o princípio ontológico do 'fenomenalismo', no qual o conhecimento só pode fundamentar-se na experiência, que no limite é a fetichização dos 'fatos'; o princípio metodológico da 'unidade do método científico', o qual proclama que os procedimentos da ciência natural são diretamente aplicáveis ao mundo social com o objetivo de estabelecer leis invariantes ou generalizações semelhantes a leis sobre fenômenos sociais; e o princípio axiológico da 'neutralidade', que se recusa a conceder aos enunciados normativos o *status* de conhecimento e mantém uma rígida separação entre fatos e valores (Bottomore & Outhwaite, 1996: 592-593). Referindo-se ao positivismo no âmbito das ciências da vida, Canguilhem (apud Mendes Gonçalves, 1994: 98, nota 22) diz que, "uma terapêutica científica [é] superior a uma terapêutica mágica ou mística. É verdade que conhecer é melhor do que ignorar quando é necessário atuar, e, nesse sentido, o valor da filosofia da ilustração e do positivismo, inclusive o cientificista, é indiscutível". A questão que se coloca é que o seu objeto foi não apenas captado em suas características biológicas, mas com exclusividade, o que quer dizer que foi captado por desqualificação das demais características do mesmo corpo, ou ainda, de outras determinações.

¹⁸ Sob esse aspecto, Donnangelo (1976: 24), nos ajuda a entender que "é no conjunto complexo de relações que mantém com elementos externos a ele que o corpo se elabora e reelabora, de maneira tal a só realizar-se, mesmo como estrutura anatômica e fisiológica, através das qualificações ou determinações que adquire no plano da existência material e social". Portanto, o corpo dos homens não pode ser visto como homogêneo, invariável e a-histórico, ele é relação social.

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

dos os possíveis aspectos fenomênicos da realidade que queria hipoteticamente contrastar com aquela invariante, sob a forma de variáveis atributivas dos mesmos indivíduos” (Mendes Gonçalves, 1994: 79).

Portanto, essa radical mudança de concepção do objeto da epidemiologia corresponderá a equivalentes mudanças no nível dos instrumentos de intervenção na realidade. A saúde e a doença, de fenômenos essencialmente sociais, em Virchow, tornam-se fenômenos biológicos, cujas probabilidades de ocorrência são também, mas não apenas, e não necessariamente, socialmente determinadas. Sendo assim, a sua intervenção incide não no social diretamente, mas nos efeitos do social sobre os indivíduos. Em vez de propor mudanças nas condições que resultam em habitações precárias e insalubres e nutrição deficiente, proporá o isolamento das fontes de infecção, a correção das condições de infraestrutura das habitações e a educação sanitária e nutricional da população.¹⁹

À medida que a clínica lograr difundir a idéia da doença como atributo individual, complementarmente a epidemiologia estará instrumentalizando as práticas que, institucionalizadas progressivamente nos aparelhos estatais de saúde pública, cumprem a função de mitigar os efeitos ‘acidentalmente’ danosos que a forma de organização social da vida acarreta para os indivíduos. (Mendes Gonçalves, 1994: 80)

É nesse sentido, que Luz (1988) diz que a medicina é uma disciplina do social, não por ser portadora de um discurso sobre a sociedade como produtora de doenças, mas por produzir um discurso natural sobre uma realidade social, por naturalizar os fenômenos sociais sobre o corpo individual e social, o que tem um efeito político – contribuir para a ordenação social e econômica de indivíduos e classes sociais na história moderna.

Para essa autora, o discurso e as propostas médicas sociais radicais sobre o conceito de saúde, protagonizadas pela medicina social, não tiveram espaço de legitimação como ‘verdadeiro’ no contexto epistemológico e político da ciência das doenças. O espaço social e epistemológico desse ramo minoritário das ciências médicas será destinado às teorias de ‘normalização’ de grupos, instituições e classes sociais. Da mesma forma, Mendes Gonçalves ressalta a dominância das concepções, teorias e categorias higienistas, com profundas implicações moralizadoras, dentro de um processo racionalizador civilizatório.

¹⁹ Sobre esta discussão, ver Gondim, texto “Do conceito do risco ao da precaução: entre determinantes e incertezas”, no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Essa concepção será incluída na racionalidade médica moderna de forma subordinada, no sentido do controle das doenças e da constituição de sujeitos sadios, de acordo com os princípios da normalidade médica, até os nossos dias.

À Guisa de Conclusão

O desenvolvimento e a reorganização do trabalho em saúde, ou, se preferirmos, a reestruturação produtiva desse trabalho, só pode ser compreendida quando se descobre a própria natureza da realidade social na qual se inscreve e que a redefine historicamente. Isso é o que demonstram os estudos de Donnangelo (1976), Rosen (1980), Luz (1988) e Mendes Gonçalves (1994), que, ao recolocar o trabalho em saúde como prática social, caminham no sentido oposto dos estudos que o definem como uma prática técnica neutra, interessada apenas no bem-estar e na extensão dos serviços de saúde para toda a população. Ao contrário, afirmam a sua integração e produtividade na consolidação da própria racionalidade moderna e, mais que isso, o seu comprometimento com a manutenção e reprodução da força de trabalho e participação no controle das tensões e antagonismos sociais. Para isso, lança mão da progressiva extensão dos serviços de saúde à população.

Inicialmente, as práticas de saúde tomam como objeto de trabalho o 'corpo coletivo investido socialmente', produzido pela medicina social e sistematizado, mais tarde, pela epidemiologia, para, em seguida, subordiná-lo ao 'corpo individual', produzido pela clínica. A partir de então, ao privilegiar progressivamente a concepção de doença como alteração morfológica e/ou funcional do corpo humano, aliado ao enorme prestígio que as ciências naturais tiveram no seu interior, o trabalho em saúde participa mais diretamente do processo de reprodução das condições para a acumulação de capital, entre as quais, a reprodução da força de trabalho, na medida em que toma o corpo individual como seu objeto de trabalho privilegiado.

As práticas de saúde se, por um lado, fazem parte do processo de produção da vida, também criam e recriam as condições materiais necessárias à produção econômica ao definir a capacidade física e ao normatizar as formas de utilização do corpo. Ao mesmo tempo, nesse processo, o trabalho em saúde participa também da determinação do valor de uso da força de trabalho, situando-se, portanto, para além dos objetivos tecnicamente definidos. Dessa forma, essas práticas colaboram para aumentar a produtividade do trabalho ou a produ-

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

ção de mais-valia relativa, dado que a melhoria das condições de saúde do trabalhador contribui para a obtenção de um máximo de produtos em menor tempo de trabalho (Donnangelo, 1976).

Em contrapartida, o desenvolvimento da bacteriologia, do arsenal terapêutico farmacológico, e o aparecimento da anestesia, aliados à organização das técnicas de cirurgia e à profissionalização do pessoal de enfermagem, foram condições fundamentais para que o trabalho em saúde se organizasse coletivamente no interior dos hospitais, no final do século XIX.

Inicia-se, nesse momento, a segunda reestruturação do trabalho hospitalar. Os estudos de Foucault (1981) indicam que a primeira reestruturação produtiva dessa modalidade de trabalho em saúde ocorre ao final do século XVIII, a partir dos inquéritos hospitalares realizados na França e Inglaterra, que determinam uma importante reorganização administrativa e política, ou um novo esquadramento do poder no seu interior. Entretanto, buscou-se, naquele momento, adotar as medidas necessárias para anular os efeitos negativos e a desordem do hospital, mais do que realizar uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença. Uma desordem que diz respeito tanto aos efeitos patológicos das doenças, que podiam acometer as pessoas internadas e espalhar-se pela cidade onde estivesse situado, quanto à dimensão econômico-social, isto é, como local de intenso tráfico de mercadorias, objetos preciosos, matérias raras, especiarias etc., trazidos das colônias pelos soldados, que escapavam ao controle econômico da alfândega e eram reclamadas pelas autoridades financeiras. Daí que, para Foucault, a reestruturação do trabalho hospitalar, nesse primeiro momento, foi realizada não a partir de uma tecnologia médica, mas a partir de uma tecnologia política – a disciplina.

Ao contrário, podemos dizer que, sem abandonar essa tecnologia política, no final do século XIX, a reestruturação do trabalho hospitalar toma como ponto de partida as ciências da vida e suas tecnologias, assim como o modo taylorista de organização do trabalho, isto é, é baseada nas potencialidades que essas ciências demonstram para prolongar a vida humana e na sua capacidade de repor mais rapidamente a mercadoria força de trabalho em circulação, o que as tornam produtivas para o capital. É nesse momento que o hospital se realiza como 'máquina de cura', o que pode ser demonstrado pelo exemplo americano, já que são nesses hospitais que os 'cuidados funcionais' são organizados como meio de trabalho da enfermagem.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Assim como na grande indústria, os hospitais são invadidos pelos conceitos de administração científica e racional aplicados aos cuidados. Um tipo de organização na qual a preocupação central não é dar conta das necessidades de saúde, mas dar conta da grande demanda de cuidados, em conseqüência do maior fluxo de pacientes, com o objetivo de diminuir o tempo de internação, aumentar a rotatividade, e com isso os lucros das empresas de saúde, então em formação.

Starr (1991) demonstra que, nos Estados Unidos, entre 1870 e 1910, os hospitais se tornaram o centro da educação e do trabalho em saúde, passando de 178 para 4.000 estabelecimentos neste período, concentrando, no seu interior, as tecnologias que permitiram o avanço da assistência de enfermagem e da cirurgia médica, e, conseqüentemente, o atendimento em massa dos trabalhadores. Do ponto de vista da educação profissional em saúde, ocorre que daí em diante não basta a experiência prática. A tendência será a progressiva exigência do aumento da escolaridade e da formação profissional, particularmente, dos(as) trabalhadores(as) técnicos de enfermagem.

A incorporação de tecnologias médicas é outra face do trabalho em saúde que se exacerba com o desenvolvimento do capitalismo. Donnangelo (1976) chama atenção para o fato de que o trabalho em saúde não apenas contribui para a produção de mais-valia relativa do trabalho industrial com a manutenção/reprodução da força de trabalho, mas também realiza a mais-valia produzida em diferentes setores, ao consumir as tecnologias das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, instaurando, assim, um vínculo direto e específico entre saúde e economia.

Esse desenvolvimento tecnológico e de capital na saúde, para a autora, está na base tanto da superação da clínica como meio básico de trabalho – na medida em que o toque e o olhar sobre o corpo são substituídos por uma infinidade de exames diagnósticos de custos cada vez mais elevados – quanto da criação de novas modalidades de organização da produção dos serviços de saúde, bem como do assalariamento médico e do conjunto dos trabalhadores de saúde. Com isso, o desenvolvimento tecnológico e a entrada de capitais no setor introduzem uma contradição importante nesse tipo de trabalho: a elevação progressiva dos custos do cuidado em saúde, decorrente da incorporação dos custos dos produtos industriais ao valor do cuidado, acaba tornando-se uma barreira à sua efetivação e principalmente à sua universalização. Essa contradi-

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

ção está na base das diversas iniciativas de racionalização do trabalho, tais como a proposta de medicina comunitária analisada por Donnangelo.

Entendemos que todas as questões aqui esboçadas são fundamentais e indicam que, para avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde²⁰ no país, se impõe, antes de tudo, a compreensão da natureza das mudanças societárias que ocorrem na atualidade e suas repercussões no trabalho em saúde. Um dos principais desafios que o SUS continua a enfrentar é a garantia de acesso e sua universalização para toda a população. Isso é particularmente importante em um contexto de ofensiva neoliberal, que busca recuperar os serviços sociais para as empresas privadas, propondo a remercantilização de tais serviços. Ainda que pequena, a contribuição que podemos dar é continuar a compreender esse processo, tentar desvendar os interesses que estão em jogo, com o compromisso de um pensamento crítico a favor da saúde pública.

Referências

- ALBORNOZ, S. *O Que é Trabalho*. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- BARATA, R. A historicidade do conceito de causa. In: ABRASCO & ENSP (Orgs.) *Textos de apoio. Epidemiologia 1*. Rio de Janeiro: PEC, Ensp, Abrasco, 1985.
- BOTTOMORE, T. *Dicionário do Pensamento Marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.
- BOTTOMORE, T.; OUTHWAITE, W. *Dicionário do Pensamento Social do Século XX*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996, p.592-593.
- DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Tradução de Roberto Machado. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- LUKÁCS, G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. *Revista Temas de Ciências Humanas*, 4: 1-18, 1978.
- LUZ, M. T. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MARX, K. *O Capital*. 3.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988. v.II.
- MENDES GONÇALVES, R. B. M. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor, 1992.

²⁰ Sobre o SUS, ver Matta, texto "Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde", do livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

MENDES GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

NOSELLA, P. Trabalho e educação. In.: GOMES, C. M. et al. (Orgs.) *Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalhador*. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1987.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. Tradução de Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora da Universidade Estadual Paulista, Abrasco, 1994.

SINGER, P. et al. *Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

STARR, P. *La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.

A Temática do Processo de Trabalho em Saúde como Instrumental para Análise do Trabalho no Programa Saúde da Família¹

Edilza Maria Ribeiro
Denise Elvira Pires
Vera Lúcia Guimarães Blank

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) foi formulado pelo Ministério da Saúde no ano de 1993, e no final do ano de 2005 já estava implantado em 4.986 municípios brasileiros, contando com 24.600 equipes de saúde da família e efetuando a cobertura de 78,6 milhões de pessoas (Brasil, 2006).²

Em virtude da importância que o PSF adquire por sua expansão e difusão, pelo seu potencial de inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência em saúde e pelo considerável contingente de trabalhadores envolvidos, busca-se, neste artigo, refletir sobre o trabalho das equipes do programa, utilizando-se como referência a teorização sobre o processo de trabalho em saúde.

O Trabalho no Setor de Serviços e o Trabalho em Saúde

Os estudos de Braverman (1981), Mills (1979), Offe (1991) e Pires (1994, 1998, 2000a, 2000b) contribuem para o entendimento do processo de trabalho em saúde como parte do setor de serviços com o qual tem identidade, mas também tem especificidades que estimulam estudos em profundidade. O trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho.

¹ Este texto é uma versão adaptada para publicação na série "Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde" do artigo "A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família", de autoria de Ribeiro, Pires e Blank (2004), publicado nos *Cadernos de Saúde Pública*.

² Sobre aspectos históricos do PSF, ver Corbo, Morosini e Pontes "Saúde da família: história recente da reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil", no livro *Estratégia Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Diversos autores têm apontado que o conjunto de atividades que não fazem parte da produção industrial e que não estão no setor primário da economia tem crescido, progressivamente, desde a Revolução Industrial. Tais atividades constituem o chamado setor de serviços; muitas dessas ações, anteriormente feitas no âmbito da empresa, passaram a ser desenvolvidas por serviços especializados fora da empresa. Da mesma forma, cresceu o conjunto de atividades comerciais, de serviços de educação, de saúde, de segurança pública, dentre outros.

No início do século XX, os resultados da aplicação dos princípios da gerência científica, baseados nas formulações de Taylor, começam a ser conhecidos e ampliados, influenciando não só o trabalho industrial, mas também o trabalho no setor de serviços. Surgem estudos sobre o tempo de execução das tarefas, registros das quantidades de trabalho desempenhado, rotinizações, reorganização física dos ambientes de trabalho para diminuição dos tempos gastos sem produção etc. Para aumentar a produtividade, expandem-se a divisão parcelar do trabalho e a mecanização da produção (Braverman, 1981).

Com o aumento do fluxo de trabalho e a aplicação de novos métodos de gerência, o processo é dividido em operações mínimas, e os trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do processo de trabalho. O tempo empregado na atividade está sob constante exame e controle. O trabalho pensante fica restrito a um pequeno grupo, esperando-se da maioria a execução das atividades delegadas de cunho manual (Braverman, 1981).

Braverman participa do debate sobre as características da sociedade pós-Segunda Guerra Mundial e defende a tese de que, apesar do grande crescimento dos setores não envolvidos diretamente com a produção material, a tendência não é de ampliação de uma outra racionalidade diferente da encontrada no trabalho industrial. Os trabalhadores deste setor, apesar de apresentarem certa diferenciação salarial que lhes permite um afastamento dos piores aspectos da situação do proletariado, "não possui qualquer independência econômica ou ocupacional; é empregado pelo capital e afiliados; não possui acesso algum ao processo de trabalho ou meios de produção fora do emprego e deve renovar seus trabalhos para o capital incessantemente a fim de subsistir" (Braverman, 1981: 341).

O trabalho no setor de serviços faz aumentar o capital e, nesta relação, embora predomine a subordinação à autoridade e submissão à exploração, es-

A TEMÁTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

ses trabalhadores tanto têm prerrogativas e privilégios do capital como comungam características da condição proletária, avançando, porém, na direção do proletariado (Braverman, 1981).

De acordo com Braverman (1981), essas 'camadas médias de emprego' incluem, dentre outros, trabalhadores especializados, como engenheiros, enfermeiros, técnicos, empregados de vendas, da administração financeira e organizacional e assemelhados. Os trabalhadores deste extrato estão submetidos a variadas condições de trabalho, e o excedente de mão-de-obra permite não só a diminuição dos salários como também a piora das condições de trabalho.

Mills (1979), ao estudar a realidade americana dos anos 50, afirma que os profissionais liberais foram os que mais se modificaram na passagem da antiga para a nova classe média. Muitos deixaram de exercer suas atividades de forma independente e passaram à condição de empregados. De possuidores de amplo conhecimento transformaram-se em especialistas, e suas atividades fragmentaram-se, passando a requerer complementaridade de atividades parcelares e rotineiras de outros grupos de trabalhadores. No setor saúde, os médicos, majoritariamente, ocupam espaços de decisão e mantêm certa independência no que diz respeito ao seu trabalho, e poucos dependem unicamente do assalariamento. No que diz respeito aos trabalhadores de enfermagem, a maioria é assalariada, e apenas uma pequena parcela de enfermeiros atua de forma independente, fora do trabalho coletivo institucional.

Segundo Offe (1991), as sociedades ocidentais, a partir das últimas décadas do século XX, têm sido chamadas de sociedades de serviços, dado o importante aumento destes. Uma característica distintiva dos serviços é a dificuldade de planejamento em relação ao custo/benefício, uma vez que muitos deles necessitam estar à disposição da sociedade e há incerteza de quando as necessidades serão demandadas, como é o caso dos serviços de atenção à saúde, dos serviços de proteção e os de consumo em redes comerciais. Há incerteza em relação ao volume, ao tipo, ao momento e em relação às necessidades do cliente. Isso faz com que o planejamento conte com dados menos precisos do que na produção material. Esse mesmo autor destaca ainda que, diferentemente do setor da produção material industrial, onde produtos não rentáveis podem deixar de ser fabricados, muitos serviços não podem parar, mesmo em instituições não lucrativas economicamente, como é o caso dos serviços de saúde.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

O Processo de Trabalho em Saúde na Conjuntura Atual

Estudos de autores ligados à saúde coletiva, tais como os de Campos (1997), Merhy (1999), Pires (2000a, 2000b), Sá (1999), Schaiber et al. (1999), Soares (2000), Almeida e Rocha (1986), entre outros, têm possibilitado o diálogo, que vem sendo desenvolvido no PSF, entre a teorização sobre processo de trabalho em saúde e realidade do trabalho.

Para Pires (1999, 2006), o ato assistencial em saúde pode ser realizado de forma autônoma, numa relação direta entre profissional de saúde e usuário/cliente, mantendo características do trabalho profissional e da pequena produção. No entanto, na atualidade, face à complexidade dos problemas, dos conhecimentos acumulados no campo da saúde e do instrumental envolvido no ato assistencial, desenvolve-se – por meio do trabalho coletivo de diversos profissionais de saúde e de outros grupos de trabalhadores – um conjunto de ações que resultam no cuidado aos seres humanos. Essa assistência/cuidado em saúde ocorre em instituições públicas ou privadas, em espaços intra ou extra-hospitais de complexidade diversa. O assistir/cuidar em saúde resulta de um trabalho coletivo no qual é possível identificar duas características básicas – as da divisão técnica ou parcelar do trabalho e as do trabalho do tipo profissional.

A mesma autora (1999) afirma que trabalho profissional diz respeito ao trabalho especializado e reconhecido socialmente como necessário e portador de características semelhantes às do trabalho artesanal das corporações de artífices da Idade Média. No artesanato, os produtores tinham controle sobre o processo, o ritmo e o produto do trabalho; eram proprietários dos instrumentos, bem como tinham controle sobre a produção e reprodução dos conhecimentos relativos ao seu trabalho. O trabalho dos profissionais de saúde, no âmbito do trabalho coletivo, aproxima-se destas características, uma vez que “dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir indivíduos ou grupos populacionais com problemas de saúde ou com risco de adoecer” (Pires, 1998: 159) e cooperam entre si com relativa autonomia para a realização do cuidado.

Apesar dos constrangimentos institucionais e das diferenças de poder entre os grupos profissionais, existe certo espaço de autonomia para o planejamento, avaliação e organização da assistência.

“Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional” (Pires, 1998: 89), no

A TEMÁTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional,

ao mesmo tempo que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia etc. Esses profissionais executam atividades delegadas mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional. (Pires, 2000a: 89)

Este trabalho coletivo, apesar de direcionar-se para o mesmo objeto, que é o ser humano portador de carência de saúde, desenvolve-se, predominantemente, de forma compartimentalizada, ou seja, "cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias" (Pires, 2000a: 89).

Ao mesmo tempo, o trabalho coletivo em saúde aproxima-se da divisão técnica do trabalho quando os participantes da equipe de saúde "distanciam-se do entendimento da finalidade do seu trabalho e ficam mais submetidos às decisões gerenciais". Quanto maior o controle sobre o processo de trabalho mais próximo do trabalho do tipo profissional; e "quanto menor o domínio sobre o processo de trabalho maior aproximação com a divisão técnica ou parcelar do trabalho" (Pires, 2006: 95).

Internamente a algumas profissões da saúde, como, por exemplo,

enfermagem, fisioterapia, farmácia, nutrição e, também, em certas práticas da odontologia, o trabalho é desenvolvido por trabalhadores com graus diferenciados de escolaridade. A coordenação do trabalho, dentro do grupo profissional, é exercida pelos profissionais de nível superior que concebem o trabalho e delegam atividades parcelares aos demais participantes da equipe. (Pires, 2006: 95)

Pires, Gelbcke e Matos (2004) identificam, no trabalho da enfermagem, algumas características da divisão técnica e da organização taylorista do trabalho, conhecida como Organização Científica do Trabalho (OCT). Estas se evidenciam quando o mesmo é organizado com base no chamado 'modelo funcional' no qual o foco é a realização da tarefa, distanciando o trabalhador do controle do seu processo de trabalho e da interação com o sujeito cuidado. O trabalho é mais repetitivo, com pouca autonomia e pouco espaço para ações criativas e para participação no processo decisório do cuidar. Aos enfermeiros e enfermeiras cabe o gerenciamento da assistência de enfermagem, com maior aproximação e controle sobre a concepção e o processo de cuidar; e aos demais trabalhadores que compõem a equipe cabe a execução de tarefas delegadas.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

No 'modelo dos cuidados integrais', cada membro da equipe de enfermagem presta todo o conjunto diversificado de cuidados que o sujeito necessita, considerando-se os cuidados prescritos por médicos e enfermeiros(as) para cada dia de trabalho. Este modo de organização do trabalho possibilita uma maior aproximação do trabalhador do entendimento e do controle sobre o processo de cuidar, assim como uma relação mais criativa e humana entre o cuidador e o sujeito cuidado (Pires, 2000a, 2000b; Pires; Gelbcke & Matos, 2004).

Considerando a teorização de Offe (1991) sobre as alternativas de racionalização empreendidas quando algum serviço se torna inviável economicamente, Pires (1998) aponta que, nos serviços de saúde, diversas saídas são possíveis, como a introdução de inovações tecnológico-organizacionais, a redução da força de trabalho, a redução da força de trabalho qualificada, a redução de salários, a precarização das condições de trabalho, a externalização, o auto-serviço, dentre outras. "A implementação de uma ou outra medida, ou de um conjunto delas, depende de diversos fatores, especialmente da capacidade dos diversos grupos e classes sociais fazerem valer os seus interesses" (Pires, 1998: 234).

Quando essas medidas são insuficientes, no caso dos serviços privados, os serviços podem simplesmente fechar, como ocorre nas empresas capitalistas. Já no caso dos serviços públicos, dá-se a interferência de um complexo de fatores macropolíticos na escolha da estratégia de racionalização a ser empregada em cada momento histórico. Além disso, em situações que envolvem altos custos, a decisão de fechar o serviço torna-se mais difícil caso implique necessidades humanas básicas.

Segundo Soares (2000), o setor saúde, no Brasil, em especial na década de 1990, tem sido afetado pelas ações governamentais decorrentes da política de 'Reforma do Estado',³ apontada como necessária para o processo de modernização e inserção do país de forma competitiva no cenário internacional. A proposta de reforma defendeu a substituição do modelo administrativo das instituições públicas, localizando na questão gerencial o nó crítico do problema das fragilidades dos serviços públicos de saúde. E os problemas de fundo que geram a desigualdade no Brasil permanecem, dentre eles o padrão de financiamento do Estado, sua incapacidade de produzir políticas de distribuição de renda e equalização do acesso a serviços públicos essenciais.

³ Sobre reforma do Estado, ver Pereira e Linhares, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

A TEMÁTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O modelo assistencial, vigente nos serviços de saúde, guia-se pela ótica hegemônica neoliberal, e, na prática, essa visão acaba definindo a missão dos serviços e as conformações tecnológicas, atendendo a interesses poderosos, considerados legítimos (Mehry, 1999). Nesse modelo, segundo Schraiber et al. (1999: 239), “há a tendência de se adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador quanto, no caso da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho”. Cita-se, como exemplo, a instabilidade provocada pelas várias modalidades de contrato e de remuneração existentes no PSF. Essa situação gera instabilidade e conflitos entre as equipes PSF e ‘equipes regulares’ da unidade básica de saúde interferindo na qualidade do serviço prestado, além de dificultar os processos de integração e construção de vínculos.

Campos (1997) aponta para a fragmentação, a imobilidade, a desarticulação das linhas de intervenção com os sistemas de informação e para a burocratização, como problemas importantes no trabalho de saúde pública brasileiro. Para o autor, o trabalho das equipes sofre influência da linha taylorista, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas por crenças na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto do trabalho.

Também ocorrem dificuldades entre a proposta de cuidado/assistência generalista e a baseada na especialização. No primeiro caso, haveria o risco da transformação das profissões e dos especialistas em técnicos polivalentes, com atribuições semelhantes, perdendo, na prática, a especificidade. De outro lado, a especialidade encarregada de uma parte da intervenção não poderia ser responsabilizada pelo resultado global do tratamento. Os resultados desse modelo, baseado na especialidade e na diminuição crescente da capacidade de cada profissional resolver problemas, têm sido tratamentos cada vez mais longos, envolvendo inúmeros especialistas, com custos crescentes, com mais sofrimento e restrições impostas aos clientes e uma perda da visão integral do sujeito que necessita de cuidados em saúde. Os compromissos passaram a ser indiretos, com a saúde em geral, com a população, com o saber, com a coletividade, distanciando-se dos sujeitos/usuários clientes ou parcela real da população (Campos, 1997).

A indicação da retomada de generalistas e da constituição de equipes multiprofissionais tem sido recomendada, colocando-se sobre estas conforma-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

ções inúmeras expectativas. Nas palavras de Campos, “imagina-se que estas equipes milagrosamente compensariam a desresponsabilização e a fragmentação que a especialização excessiva cria, autoriza e legitima” (Campos, 1997: 247).

O trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) está envolvido no problema mencionado, uma vez que seu trabalho requer saberes e competências generalistas, assentados em princípios de liderança, comunicação, articulação, inserção, mobilização, e também, saberes generalistas e especializados para desenvolver a educação em saúde. Em função de sua formação e capacitação, os ACSs correm o risco de produzirem contribuições pouco consistentes e que efetivamente não podem atender as demandas a que estão submetidos.

Para Schraiber et al. (1999), a divisão do trabalho na área da saúde gerou a condição de complementaridade e interdependência dos diversos trabalhos especializados. Quando a equipe é multiprofissional e os componentes dessa equipe possuem autoridades desiguais, a tensão surge do embate entre a complementaridade e interdependência e busca da ampliação da autonomia técnica dos profissionais. Todavia, o requerido para a eficácia e eficiência dos serviços seria a autonomia técnica aliada à articulação de ações.

Mattos (1999) aponta, como um dos problemas do trabalho em saúde, as dificuldades na passagem do político para o assistencial, que se expressam na identidade dos atores sociais e nos seus projetos. Para o autor, ‘esses atores’ costumam identificar-se mais pelas suas inserções no processo de trabalho do que pelas suas inserções político-ideológicas. Esta situação impõe desafios para a gestão do trabalho cotidiano das equipes de trabalho como (re)criação de projetos coletivamente sustentados que necessitam estar associados à (re)criação de novos sujeitos sociais defensores de certas crenças e valores.

O Trabalho no Programa Saúde da Família

Questionamentos quanto a ser um programa ou estratégia compõem uma das controvérsias envolvendo o PSF. Lançado como programa em 1994, foi catalogado como estratégia, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo Ministério da Saúde. A segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, define-o efetivamente como estratégia de reorientação do

A TEMÁTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

modelo assistencial. Sua implantação segue abrigo tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e com *modus operandi* estabelecido/normatizado; de outro lado, reivindica a posição de 'estratégia' por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo.

As equipes de saúde da família, formadas basicamente pelo médico generalista ou de família, odontólogo, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, têm como objetivos centrais a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, em face das necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família. Para atingir tais objetivos, são requeridos abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (Brasil, 1997).

Essa proposta constitui-se em um importante desafio, já que aposta em uma ruptura com o modelo assistencial atual e na construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética. Ademais, esse desafio está em curso em um cenário profundamente influenciado pelo modelo biomédico, seja na formação profissional, seja na prática assistencial hegemônica.

Alguns estudos realizados com base na realidade cotidiana das equipes do PSF mostram essa prática como possuidora de um potencial positivo de mudança; outros, porém, mostram que existem grandes limitações para que isto ocorra.

Bertoncini (2000), por meio de pesquisa efetuada com profissionais das equipes de saúde da família em Blumenau, Santa Catarina, identifica mudanças e possibilidades de ocorrer um diferencial entre as práticas anteriores e aquelas decorrentes da proposta do PSF, reforçando o que outros autores apontam como potencial positivo do programa. Os profissionais referem, como mudanças em seu trabalho, a atuação de forma mais comprometida, baseada no vínculo e co-responsabilidade; contarem com maior adesão da população; desenvolverem um trabalho diferenciado dos outros serviços de saúde pública; produzirem ampliação das ações de promoção; terem a possibilidade de desen-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

volver assistência integral e contínua voltada para a população/comunidade; reduzirem as internações hospitalares; produzirem melhora do acesso da população à rede básica de saúde; efetuarem o diagnóstico das doenças mais precocemente; introduzirem práticas assistenciais inovadoras; incrementarem a utilização de práticas assistenciais de baixa aplicação no modelo anterior.

Sousa (2001: 50) também faz menção aos inúmeros impactos evidenciados em vários municípios ao longo da implantação do PSF, tais como:

alto nível de satisfação da população com o atendimento das equipes; melhoria da vigilância à saúde da população; utilização adequada dos serviços de maior complexidade com redução das internações hospitalares desnecessárias; maior qualidade, cuidado com a atenção prestada; elevação da resolutividade das redes assistenciais básicas (que passou a girar em torno de 90%).⁴

Destaque-se, porém, que uma série de condições envolvendo o processo de trabalho das equipes do PSF dificultam, deterioram e tornam vulnerável tal processo.

Soares (2000), analisando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o PSF, chamados carros-chefes da mudança do modelo assistencial, mostra as dificuldades para que isso ocorra: 1) a imposição dos programas pelo Ministério da Saúde; 2) o fato de serem totalmente normatizados no nível central; 3) o fato de serem financiados por incentivos financeiros internacionais; 4) a obrigatoriedade, na prática, de sua adoção pelos municípios; 5) a desconsideração da enorme heterogeneidade dos municípios, na oferta de serviços de saúde; 6) ausências de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção – o que limita o atendimento dado por esta estratégia a uma simples porta de entrada sem saída; 7) a desconsideração da complexidade do quadro epidemiológico brasileiro; e, finalmente, 8) a substituição de profissionais qualificados da enfermagem por pessoas sem qualificação, com contratos precários de trabalho, com sérias limitações na resolução dos problemas de saúde da população.

Com relação ao ACS, é importante destacar a aprovação da lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, que dispõe, entre outras questões, sobre a regularização do vínculo empregatício, normatiza as suas atividades e estabelece os requisitos mínimos para o exercício das mesmas, mas não estabelece os requisitos mínimos de qualificação.

⁴ Esses impactos constituíram fatores motivadores da disseminação do programa pelo país.

A TEMÁTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Mattos (1999), também referindo-se às questões anteriormente abordadas, entende que a descentralização implementada no âmbito do SUS gerou uma multiplicidade de sistemas municipais de saúde, diferentes entre si, quanto à participação do setor privado, na provisão de serviços ao SUS, nas configurações de rede adotada em cada sistema, o que influi enormemente nos modelos gerenciais e na sua diversidade.

Fertomani (2003), estudando o trabalho de equipes do PSF de Maringá, Paraná, chegou à conclusão de que o modelo é centrado no médico e no atendimento curativo; que o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de compartimentalização, com execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo aderente às necessidades da população da sua área de abrangência; que as atividades desenvolvidas no domicílio não representam uma ruptura com o modelo biomédico.

Pesquisas como as de Bertoncini (2000), Costa, Lima e Oliveira (2000), Costa et al. (2000) e Souza (2000) têm exposto as condições de trabalho em que as equipes estão imersas, destacando a disponibilidade de recursos humanos, as formas de contrato, a infra-estrutura material, a dinâmica da assistência e as condições sociopolíticas para desenvolvimento do trabalho. Assim, os autores citados apontam para composição básica insuficiente das equipes; insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa; várias modalidades de contrato de trabalho; heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária; sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho; comprometimento do fluxo e contrafluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema; problemas de fidedignidade no preenchimento do Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab); diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender à demanda.

Franco e Merhy (2002) apontam problemas com o alto grau de normatividade na implementação do PSF. O formato das equipes, as funções de cada profissional, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os modos de fazer o programa são regulados

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

pelo Ministério da Saúde. O caráter prescritivo do PSF é exacerbado. São definidos *a priori* os locais de assistência e a lista de atividades a serem realizadas por equipe, confundindo-se o que são ferramentas de diagnóstico e intervenção com o que é resultado em saúde: "(...) infere-se que seguindo a prescrição altamente detalhada obter-se-á o resultado anunciado" (p. 7).

Estas condições estão particularmente exacerbadas no trabalho o ACS, responsável por um rol significativo de atividades predefinidas e normatizadas, como a realização de, no mínimo, oito visitas domiciliares diárias, preenchimento de fichas do Siab, controle vacinal, cadastramento, busca ativada de faltosos, dentre outras. Para Bertoncini (2000), as condições de trabalho apontadas produzem alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimentos de medo, insegurança, baixa auto-estima, dificultando, desse modo, as iniciativas para mudar as condições vigentes e garantir a integralidade da assistência.

Considerações sobre o Processo de Trabalho no PSF e Alternativas para a Modificação das Condições de Trabalho

O trabalho no PSF pretende, segundo seus defensores, constituir-se em uma 'estratégia estruturante' de um novo modelo assistencial em saúde. No entanto, os estudos sobre a realidade atual, após nove anos de implementação do PSF no Brasil, mostram que existem tanto pontos positivos na proposta, em direção à ruptura com a lógica taylorista de organização e gestão do trabalho, quanto problemas em relação a condições de trabalho. Além disso, verifica-se a persistência dessas características no trabalho em saúde e, também, no trabalho desenvolvido no PSF.

Uma das características do trabalho no setor de serviços apontadas por Offe (1991) é requerer uma forma mais flexível de planejamento, em virtude da imprevisibilidade da demanda, do momento de consumo e do tipo de serviço que será necessário. Essa característica torna mais complexa a questão do financiamento em saúde, porque, mesmo em condições ideais, de não-desperdício e de alta competência técnico-gerencial, é preciso considerar a necessidade de 'estar disponível para', como para as situações de emergência ou para desenvolver ações de custo elevado. Essas situações não podem ser submetidas, unicamente, a critérios econômicos.

Outra alternativa para a racionalização dos custos, apontada por Offe (1991), e que está presente no PSF, é a precarização do trabalho, como se pode

A TEMÁTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

verificar pela flexibilização das formas de contratação das equipes e contratação de trabalhadores sem qualificação profissional para o exercício de ações de saúde, que é o caso dos ACS.

Campos (1997) aponta alguns eixos operativos úteis para potencializar o trabalho em saúde, tais como o jogo entre autonomia e responsabilidade, gestão participativa e mudança de aspectos da clínica e da saúde pública. A posição em favor de uma radical autonomia de profissionais e instituições é defendida por vertentes da administração de recursos humanos em saúde, que têm no pagamento por produção o principal mecanismo regulador do trabalho. Segundo o mesmo autor, esse mecanismo pode aumentar a produtividade, mas não dá conta de articular trabalho e compromissos sólidos com a produção da saúde. "A capacidade de se definir e cobrar responsabilidades destes modelos de gestão é portanto muito pequena" (Campos, 1997: 231). Terceirização do atendimento a clientes, compra de serviços de cooperativas, pagamentos por produção ou lógicas baseadas na produtividade geram superprodução de atos desnecessários, mas rentosos, em detrimento dos necessários e pouco remunerados.

Campos (1997) mostra ainda que podem ser tentados arranjos institucionais que atendam pelo menos a três critérios, combinando autonomia e responsabilidade atribuída aos profissionais. Esses critérios às vezes são antagônicos entre si, mas se constituem em aspectos gerenciais importantes. O principal critério para validar um arranjo institucional é a capacidade de 'produzir saúde' do serviço ou da equipe; um outro critério seria a viabilidade técnica, financeira e política dos projetos ou arranjos acordados (dinheiro, armação político-institucional, saberes e meios); o terceiro consideraria realização profissional e financeira dos trabalhadores da saúde. Do ponto de vista prático, seria desejável buscar sempre a máxima realização possível dos três critérios.

Para Campos, a recuperação da prática clínica assentada no vínculo é a maneira de combinar autonomia e responsabilidade profissional (Campos, 1997: 235). Para o autor, o conceito de vínculo se assenta em pelo menos dois eixos argumentativos: o primeiro trata da relação profissional/cliente, e o segundo se refere a uma dada responsabilização profissional.

Na relação profissional/clientes sempre ocorre a transferência e contra-transferência, por envolver a subjetividade, o contato com as dimensões físicas e emocionais do outro. O vínculo como uma ligação mais estável e duradoura, recriada no cotidiano, permite que o paciente, como sujeito, exerça melhor seus

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

direitos de cidadania. Com relação ao segundo eixo argumentativo, Campos (1997) coloca que a responsabilização do profissional por determinado número de casos implicaria o desencadear de mecanismos de cuidados necessários; isto poderia tanto identificar sua 'obra' como permitiria a avaliação de quem a produziu. Assim, organizar o atendimento clínico com base no vínculo permitiria que as instituições acompanhassem e identificassem os resultados do trabalho de cada profissional e ainda fomentaria o exercício da cidadania pelo paciente.

Ainda segundo Campos, "é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho" (Campos, 1997: 235). Isto pode ser favorecido pela utilização de mecanismos que permitam o envolvimento/participação em novas formas de funcionamento institucional, na reinvenção como possibilidade cotidiana, comprometendo trabalhadores com a missão e os projetos institucionais. Segundo Sá (1999), o cumprimento ou operacionalização de princípios como universalidade e integralidade da assistência, participação popular e profissional, qualidade técnico-científica, depende grandemente da

possibilidade de abertura ou desencadeamento de processos sociais e intersubjetivos de criação/recriação constante de acordos, pactos, projetos coletivos, sempre conjunturais e transitórios, que representem a eterna busca do ideal (necessária à vida, entendemos) mas sem cair na doença idealidade. (Sá, 1999: 256)

Também adquire centralidade o desenvolvimento de novos indicadores, avaliadores do desempenho como possibilidade de dimensionar a retribuição financeira dos trabalhadores de saúde. Uma fórmula com melhores resultados para alterar positivamente a subjetividade desses trabalhadores (diminuição de conflitos, aumento do envolvimento com o projeto de saúde, sentimento de valorização por sua contribuição) seria combinar salários fixos com outras variáveis de pagamento, como gratificação pelo alcance de metas (Campos 1997).

Azevedo, Braga Neto e Sá (2002), nessa mesma linha de proposições, ao analisarem novos processos de gestão – como os da qualidade total e o enfoque estratégico de planejamento, surgidos como respostas à crise de governabilidade do sistema e das organizações de saúde –, enfatizam que é preciso ir adiante a fim de ultrapassar concepções também limitantes, presentes nestes enfoques. Devem-se superar concepções do indivíduo como criatura meramente funcional, não considerado como sujeito político e como pessoa singular, provido de crenças, valores, desejos e emoções, no caso da gestão da qualidade total. No caso do enfoque estratégico, é necessário superar a ênfase

A TEMÁTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

exacerbada na racionalidade político-estratégica, que ignora uma subjetividade mais ampla, restringindo-a à subjetividade elaborada na consciência (racional). “Impõe-se a necessidade da revisão da própria concepção de organização, como da noção de sujeito e da compreensão dos processos intersubjetivos em seu interior” (Azevedo, Braga Neto & Sá, 2002: 240).

A expressão multidimensional das necessidades de saúde sejam elas individuais ou coletivas, o conhecimento sobre o complexo objeto e as intervenções nele – processo saúde-doença de indivíduos e/ou grupos – requerem múltiplos sujeitos para darem conta da totalidade das ações, demandando a recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral. A mera alocação de recursos humanos de diferentes áreas não garante tal recomposição; ações isoladas, ações justapostas, sem articulação, não permitem o alcance da eficácia e eficiência dos serviços na atenção à saúde (Schraiber et al., 1999).

Trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los.

Significa também utilizar-se da interação entre os atores envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades e saberes e da autonomia técnica:

O trabalho em equipe é o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e de tomada de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar. (Schraiber et al., 1999: 233)

Autonomia real remete à iniciativa, à criação e poder de decisão diante de uma situação imprevista, à margem de independência ao que foi prescrito, a integrar contribuições pessoais ao trabalho (Rosenfield, 2006). Embora todos os membros da equipe saúde família vivenciem restrições de autonomia, ao trabalho dos ACS adicionam-se dificuldades provenientes da insuficiência de uma qualificação que dê conta de demandas relacionais com a comunidade, com seus pares e em relação aos saberes da biomedicina (Nunes et al., 2006). Nesta condição, o seu ‘fazer bem’, o ser efetivamente reconhecido no ‘grupo’ e na comunidade – condições para a existência de uma base identitária, com possibilidade de um retorno

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

sobre si mesmo e de construção de um sentido para o trabalho – estão ameaçados (Rosenfield, 2006). Cria-se, no entender de Nunes et al. (2006), a condição de o ACS funcionar ora como facilitador, ora como empecilho em sua posição de mediador entre comunidade e pessoal de saúde.

Pires (2000: 91) defende a posição de que

é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do *lôcus* do trabalho com deformidade.

Conclusões

Procurou-se ressaltar as condições vigentes na implementação da atual proposta de trabalho no PSF, do governo brasileiro, conduzido em um contexto neoliberal e fortemente influenciado pelo modelo biomédico e pela lógica taylorista de divisão e organização do trabalho. Os profissionais e as instituições necessitam ter clareza das condições vigentes, uma vez que as possibilidades de sucesso e fracasso não são exclusivas de seus desempenhos, mas também de características próprias dos serviços de saúde e das determinações histórico-estruturais.

Vimos que as condições de trabalho em saúde se deterioraram no Brasil, a partir do final da década de 1980, pela influência da política neoliberal e em virtude do aumento das demandas em saúde de uma grande parcela da população empobrecida e desprotegida socialmente, ao mesmo tempo em que o setor de saúde é submetido à rígida contenção de custos.

A construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo SUS e que aparecem, em parte, no PSF, é um desafio. É essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sociopolíticas, materiais e humanas, que viabilizem um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência. A não-realização de um trabalho focado nesses dois olhares, no PSF, corre o risco de fazer ruir a motivação e os créditos dados pelos profissionais da saúde e pela sociedade à referida proposta. É fundamental que as contradições e dificuldades que

A TEMÁTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

permeiam a proposta não a levem a destruir-se, e sim a modificar-se no sentido de melhor qualificação.

Há concretizações e sonhos de novas pautas de conduta, de revitalização da prática de sujeitos ética, política e socialmente diferenciados, de novas parcerias e de mudanças institucionais, perpassando o PSF.

Em contrapartida e conforme Bertoncini (2000: 67), “as equipes saúde da família transitam num ideário permeado de contradições, espaço de luta no qual os vários projetos dos atores sociais em situação divergem e convergem”. Nos diversos depoimentos das equipes de saúde da família, evidenciam-se os conflitos decorrentes da posição dos atores e de serviços na arena de construção de um novo modelo de produção da saúde, em face da lógica e condições do processo de trabalho em que se inserem. A tarefa é desafiadora, já que requer rompimentos, enfrentamentos, criação, opção, ação, nas dimensões, macro, intermediária e micro.

Referências

- ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, J. S. Y. *O Saber na Enfermagem e sua Dimensão Prática*. São Paulo: Cortez, 1986.
- AZEVEDO, C. S.; BRAGA NETO, F. C. & SÁ, M. C. Indivíduos e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 235-247, 2002.
- BERTONCINI, J. H. *Da Intenção ao Gesto: uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau, 2000*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação – competência Dezembro/2005. Disponível em: <www.Dtr2004.saude.gov.br>. Acesso em: 15 nov. 2006.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Disponível em: <www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11350.htm>. Acesso em: 18 nov. 2006.
- BRAVERMAN, H. *Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. T. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- COSTA, M. B. S.; LIMA, C. B. & OLIVEIRA, C. P. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53: 149-152, 2000.
- COSTA, A. R. C. et al. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família em Sobradinho II. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53: 127-130, 2000.
- FERTOMANI, H. P. *O Desafio de Construir um Novo Modelo Assistencial em Saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR*, 2003. Projeto de Qualificação de Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- FRANCO, T. & MERHY, E. E. *PSF: contradições e novos desafios*. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cns/temas/Tribuna/PSFTito.html>. Acesso em: 20 abr. 2002.
- MATTOS, R. A. Em busca de novos projetos coletivos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4: 250-252, 1999.
- MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4: 305-329, 1999.
- MILLS, W. *A Nova Classe Média*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdfhttp>. Acesso em: 15 nov. 2006.
- OFFE, C. *Trabalho e Sociedade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.
- PIRES, D. *O Debate Teórico sobre Trabalho no Setor de Serviços*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.
- PIRES, D. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo: AnnaBlume, 1998.
- PIRES, D. Organização do trabalho na saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) *O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, Papa-Livros, 1999.
- PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 13: 83-92, 2000a.
- PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53: 251-632, 2000b.
- PIRES, D. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: EPSJV (Org.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 92-97.

A TEMÁTICA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

PIRES, D.; GELBCKE, F. & MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. *Revista Trabalho Educação e Saúde*, 2: 311-325, 2004.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. & BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2): 438-446, abr., 2004.

ROSENFELD, C. L. Autonomia outorgada e apropriação do trabalho. *Sociologias*, 12: 202-227, 2004. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 18 nov. 2006.

SÁ, M. C. O mal-estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? *Ciência e Saúde Coletiva*, 4: 255-258, 1999.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4: 221-242, 1999.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53: 17-24, 2000.

SOUSA, M. F. *A Cor-Agem do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA, H. M. Programa de saúde da família. *Revista Brasileira Enfermagem*, 53: 7-16, 2000.

Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde

Ana Lúcia Abrahão

Introdução

As pessoas, quando buscam os serviços de saúde, de maneira geral, o fazem na esperança de encontrar ações de acolhimento que tanto resultem na diminuição do seu estado de sofrimento quanto promovam um certo grau de autonomia que as torne capazes de lidar com seus problemas de saúde (Merhy, 1994). No entanto, distintas são as representações construídas pelos usuários a respeito do modo como se opera o processo de trabalho em saúde e do que se espera e deseja conseguir com este processo. Algumas pessoas, a partir do seu problema de saúde, elaboram mentalmente imagens do que seja um atendimento ideal e buscam, na relação com o profissional, estabelecer um certo vínculo. Outras, que não consideram relevante estabelecer com os profissionais relações diferentes das relações impessoais vigentes, buscam atendimento em diferentes serviços para a solução dos seus problemas de saúde.

Segundo Merhy (1994), em ambos os casos, temos situações com as quais tanto as unidades de saúde quanto os profissionais não estão preparados para lidar. Aqueles que buscam estabelecer um vínculo com os profissionais, em geral, não conseguem fazê-lo, devido à forma e ao modo de produzir saúde centrado na lógica biológica e compartimentalizada. Já os que não procuram tal vínculo, indicam a necessidade de atenção mais elaborada, visando oferecer processos menos fracionados e mais integrais que impossibilitariam o entendimento sob outro aspecto diferente daqueles freqüentemente ofertados pelos serviços de saúde. Os que buscam uma assistência pontual e resolutiva necessitam de uma atenção integral e com menor teor de fragmentação.

Isso nos faz pressupor que a abordagem para a solução dos problemas de saúde e, portanto, do trabalho em saúde, apresenta diferentes trânsitos entre os saberes que cercam os processos neste setor. A dinamização da relação entre conhecimento e a experiência ímpar que ocorre no ato do processo de trabalho em saúde – que se dá no cotidiano dos serviços – exige uma empreita-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

da que se estabelece no espaço microssocial e micropolítico. As ações produzidas no campo da saúde são constituídas de diferentes processos que operam sobre os saberes específicos de cada profissional presente nesta arena. Estruturas como máquinas e equipamentos e elementos não-estruturados são introduzidos na assistência como processos que possuem um único e mesmo objetivo: a produção de atos que, consumidos pelos usuários ao mesmo tempo em que estão sendo produzidos, são capazes de responder aos problemas de saúde. Como é o caso de uma consulta, de uma sala de espera, entre outras ações produzidas neste campo. Caracterizamos esses processos como intercessores, pela dinâmica que ocorre na relação entre profissional e usuário. São momentos de mediação entre os saberes operados durante a relação e produtores de ações de saúde.

Um olhar mais cauteloso sobre tal processo de trabalho nos indica a presença de elementos diferentes, materiais e não-materiais, empregados na elaborada teia do processo de trabalho em saúde. Assim, o objetivo deste texto é o de iniciar uma discussão, sem contudo pretender esgotá-la, em torno do conceito de tecnologia empregado no campo do trabalho em saúde, a partir das relações que ocorrem durante a produção dos atos de saúde.

Nesta perspectiva, a capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos recursos produtivos na saúde pode significar a reorganização de uma prática centrada no usuário e instituída no interior da equipe de saúde, em que a articulação entre o núcleo de saber de cada profissional e o campo da saúde passa a se movimentar e operar sobre o trabalho, que insistimos em lembrar tratar-se sobretudo, de trabalho vivo;¹ ou seja, no cuidado, o trabalhador opera um núcleo tecnológico no seu processo de trabalho, composto por 'trabalho morto' (instrumental) e 'trabalho vivo' em ato que se caracteriza por sua produção ocorrer durante o cuidado. Na saúde, há a centralidade durante este processo, que se dá com o emprego de trabalho vivo. Os dois (trabalho vivo e trabalho morto) formam uma certa razão entre si, que chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTI); a CTI pode trazer a hegemonia do 'trabalho morto', quando o modelo assistencial se caracteriza como médico-hegemônico, produtor de procedimentos, como pode levar à mudança do modelo assistencial, quando a proposta é impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do 'trabalho vivo' sobre o 'trabalho morto'.

¹ Para discussão sobre trabalho vivo, ver também Merhy e Franco (2003).

TECNOLOGIA

Os ingredientes que se pautam na defesa da vida individual e coletiva podem ter sua potência identificada no emprego de tecnologias atravessadas pela dimensão micropolítica do cuidado em saúde. Registramos que o cuidado em saúde compreende a produção de atos de forma integralizada, operando por toda a extensão do processo de saúde, centrado nas necessidades dos usuários. Em suma, é preciso pensar o agir em saúde no âmbito dos processos que conjugam o trabalho em uma perspectiva micropolítica do cuidar em saúde.

Sobre o Processo de Trabalho em Saúde e as Tecnologias

A opção do capitalismo contemporâneo pelo capital financeiro e volátil impõe uma economia de mercado baseada na competitividade e na flexibilidade das empresas (Deleuze, 1994). Muda-se o mundo do trabalho: empregado e patrão fazem suas próprias regras, diminuindo-se o espaço para a efetivação de direitos trabalhistas. Estas mudanças vêm marcando toda a sociedade com políticas liberais e propostas arrojadas de fundo mercadológico em diferentes campos do conhecimento.²

No setor saúde, a essas inovações na condução do capital somam-se determinadas características próprias deste segmento da sociedade. A sua expansão como bem social é marcante no século XX, principalmente quando se definiram neste cenário o capital e o Estado (Merhy, 1999). Processos administrativos de controle e restrição de gastos do Estado interagem com os propósitos reformistas, compondo estratégias centradas na retração deste ente como provedor de bens sociais. Cabe à economia a ideológica operação de substituição do que seria um bem social pela ótica do produto, sob o viés do mercado.

Logo, as transformações ocorridas no mundo do trabalho, relativas à introdução de novos mecanismos no processo de produção e do trabalho na sociedade contemporânea, apresentam certa proximidade com algumas das características presentes no trabalho em saúde. Peduzzi (2002) destaca que tais semelhanças dão-se pela atual tendência à maior intelectualização do trabalho em geral, sobretudo pela incorporação da microeletrônica e da informática.

² Sobre a relação entre Estado e direitos, ver Reis, texto "Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil", no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção. (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Segundo Peduzzi (2002: 81),

“O saber operante, portanto, significa conhecer internamente como se realiza cada ação do trabalho e conhecer o projeto do conjunto de ações realizadas. Note-se que no trabalho há o concurso de diversos saberes, lembrando que os saberes são campos de inscrição de ciências e de outros conhecimentos.”

Mendes-Gonçalves (1994) também se reporta à dimensão do saber presente no trabalho em saúde como uma forma peculiar de se desenvolver que se dá em várias dimensões. O autor ressalta que o saber é uma categoria operante no trabalho em saúde, permitindo ao profissional do setor ser o mediador nas relações presentes no cotidiano dos serviços. Essas relações são estabelecidas entre o saber científico e a questão ético-política durante a atividade de trabalho.

Ressalta-se, portanto, a natureza peculiar do trabalho em saúde, conferindo relevância à dimensão do saber como trabalho reflexivo presente no modo de operar as ações de saúde. Nesta perspectiva, o trabalho em saúde é dotado de muitas incertezas relativas à especificidade dos problemas que são operados neste campo, havendo descontinuidade durante o processo de trabalho. Estas descontinuidades são de diferentes ordens, desde àquelas intrínsecas ao usuário até aquelas relativas aos saberes e mecanismos disponíveis para o cuidado em saúde, o que implica a impossibilidade de aplicação de normas que abarquem por completo o processo de trabalho. Logo, a construção de critérios rígidos calcados na produção e em fatores econômicos é difícil de ser estabelecida. Contraditoriamente, a forma de gerenciar os serviços de saúde se pauta por estas normas e são freqüentes os conflitos com os profissionais de saúde, dado o modo autônomo como se constituiu grande parte das profissões do setor.

O trabalho merece ser olhado também como fonte de prazer e não somente como modo de sobrevivência ou atividade necessária para construir um produto a ser consumido. A ação que o ser humano desenvolve ao transformar algo através do trabalho, na maioria das vezes, é a expressão de desejos individuais que se vão concretizar na realização de uma ação concreta. Como uma obra, o trabalho conjuga o prazer do trabalhador sem deixar de dar resposta às demandas sociais.

No caso do trabalho em saúde, este também se dá como obra. A motivação e o próprio desejo do trabalhador produzem novas situações que podem modificar realidades pouco favoráveis ao bem-estar do usuário.

TECNOLOGIA

Contudo, nem sempre é possível estabelecer este estado de total harmonia entre a realização do trabalho como obra e os interesses do usuário. Por vezes, são gerados profissionais completamente alheios ao processo e descontentes com trabalho e usuários insatisfeitos com o serviço oferecido.

Em um processo de trabalho que se relaciona diretamente com os indivíduos, principalmente com suas fragilidades, como acontece no trabalho em saúde, torna-se importante que a obra produzida pelo profissional dessa área seja o reflexo da sua motivação e sensibilização. No entanto, se este trabalhador não compreende o valor de suas ações no processo de saúde e realiza suas funções de forma mecanizada, sua produção torna-se comprometida qualitativamente, não favorecendo a construção de um bom vínculo e um bom relacionamento, principalmente quando se trabalha em equipe.

A grande questão é: o trabalho como forma de sobrevivência pode dar prazer ao profissional, permitindo-o alcançar suas realizações como trabalhador, ao mesmo tempo em que satisfaça as necessidades dos usuários assistidos? De acordo com Campos (1998: 4), a solução seria “apostar na criação de espaços de trabalho que permitissem conciliar a sobrevivência com a produção de obras, dois objetivos básicos do trabalho. Trabalho centrado no próprio desejo misturado a trabalho alienado em função de interesses alheios”.

Logo, um processo de trabalho que acolha espaços de criação, ao mesmo tempo em que não perca a centralidade no usuário, possibilita a construção de modos de lidar com as dificuldades que, transformadas em desafios, podem ser superadas de forma prazerosa. A aposta é na mudança de práticas mecanizadas, sem criatividade e distantes de seu objetivo final.

As práticas cotidianas devem ser orientadas a partir da 'lógica dos usuários', em que múltiplos tipos de trabalhadores, ou uma equipe, coordenam seus processos de trabalho, contribuindo para a integração e a integralidade da assistência.

Na perspectiva apontada até agora, o trabalho em saúde é um processo em que a transformação está sempre presente, quer através das ações do agente profissional, quer seja através do usuário. Conjugam-se projetos e valores coletivos que permitem constituir estratégias de adesão ou de recusa das ações.

Em contrapartida, a densidade onde se opera o trabalho em saúde constitui um tecido complexo de muitas redes. Nessa malha, conjuga-se a prescri-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

ção de ações que revelam certo grau de autonomia centrada no ato de sua produção, com o objetivo de gerar uma forma mais equilibrada de estar na vida. Desse modo, a apreensão deste processo de trabalho de expressão complexa depende de uma série de saberes que podemos, de forma geral, em um sentido mais amplo, denominar tecnologias. Com o avanço de áreas como a informática, a eletrônica etc., acabamos por reconhecer e denominar 'tecnologia' o que está contido nos equipamentos e aparelhos do mundo contemporâneo. Quando ampliamos nosso entendimento sobre tecnologia, identificamos uma série de ferramentas usadas na produção. São as tecnologias materiais e as não-materiais.

Segundo Emerson Merhy (1997: 127),

"tecnologia não é confundida aqui exclusivamente com instrumento (equipamento) tecnológico, e nem é valorizada como algo necessariamente positivo, pois damos a este termo uma imagem dos saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para este processo produtivo".

De acordo com este autor, os processos de trabalho realizados no conjunto das ações desenvolvidas no setor saúde utilizam uma gama de diferentes instrumentos. Por um lado, as máquinas, como tomógrafo, aparelho de Raio X e equipamentos semi-automáticos para fazer exames de análise laboratorial, e as ferramentas, como o sonar obstétrico, o eletrocardiógrafo e o estetoscópio, estes últimos com a finalidade de analisar o 'paciente', são as tecnologias duras. Por tecnologia dura entendemos aquela que está contida em um equipamento e é utilizada na produção das ações de saúde. Por outro lado, encontramos, prontuários e fichas usadas para registrar dados do usuário. Essas ferramentas mobilizam intensamente alguns conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do odontólogo, o saber da enfermagem, do psicólogo, do trabalhador de nível médio, do assistente social, e assim por diante.

É é nesse saber apreendido no cerne da constituição de uma determinada profissão, no núcleo de saberes que estruturam e diferenciam as profissões entre si, que podemos identificar uma segunda tecnologia presente nas ações de saúde. É uma tecnologia menos dura do que aquela presente nos aparelhos, máquinas e nas ferramentas de trabalho. Sempre presente nas atividades desenvolvidas no setor saúde, esta tecnologia foi denominada leve-dura. Leve por

TECNOLOGIA

conformar um saber que as pessoas, profissionais, adquiriram no decorrer da sua formação e que está inscrito e é possível ser identificado na forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles. O qualitativo 'dura' lhe é conferido na medida em que conforma um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normatizado (Merhy, 1997).

Por meio de um olhar mais criterioso e atento, podemos perceber que além destas duas situações tecnológicas presentes nas ações de saúde e no processo de trabalho em saúde há uma terceira, que o autor (Merhy, 1997) denomina leve.

Qualquer intervenção ou abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, ou mesmo em relação a um outro trabalhador de saúde, produz um agir realizado através de um trabalho vivo em ato que se constitui por processos de relações, isto é, em encontros entre sujeitos 'individuais/coletivos' que atuam um sobre o outro (Testa, 1997). Este conjunto de saberes é construído para a elaboração de produtos singulares e contribui também na organização das ações humanas nos processos produtivos.

Pela potência de conjugar novos modos e práticas sobre o processo produtivo na saúde, a ação do trabalho vivo se estabelece no encontro das múltiplas expectativas que estão em jogo. Podemos identificá-la nos momentos de falas, escutas e interpretações. É nesse instante que ocorre a produção de um acolhimento ou não. Por muitas vezes, nestes momentos é que se iniciam os processos de ausência de assistência. É também o momento que pessoas colocam, neste encontro, expectativas da construção de uma possível cumplicidade, em que pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Assim:

- Tecnologia leve - É a relação intercessora do processo de trabalho em saúde em uma das suas dimensões com o usuário final. É tecnologia que não é normativa.
- Tecnologia leve-dura - Há normatização centrada no modo de atenção à saúde, havendo ainda cristalização em estruturas mais consistentes.
- Tecnologia dura - Utiliza equipamentos para a intervenção assistencial.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

O uso das tecnologias no trabalho em saúde se dá de forma articulada; ou seja, durante o processo de trabalho, as diferentes tecnologias são empregadas. Por muitas vezes, elas são utilizadas em conjunto visando à resolução dos problemas apresentados. Assim, cada profissional guarda um conjunto tecnológico e opera com ele de acordo com a necessidade do seu emprego no cuidado em saúde.

A compreensão da presença das tecnologias que operam durante o processo de trabalho em saúde nos auxilia no sentido de identificar as possibilidades de provocar mudanças e avanços no fazer em saúde. Contudo, entrar no terreno das tecnologias significa enfrentar os diferentes interesses que atravessam este campo, principalmente quando este campo é centralmente operado pelas tecnologias leves. Esse tipo de tecnologia revela a enorme potência para modificar processos e hábitos, pois toma por base a escuta, a conversa e a interação entre profissional e usuário.

No caso de pessoas com hipertensão, por exemplo, estratégias como grupos educativos, sala de espera etc. compõem o arsenal das tecnologias leves; ou, ainda, durante a visita domiciliar com Agente Comunitário em Saúde (ACS), momento de interação com a família e de identificação de riscos e agravos. É neste modelo de micropolítica do encontro, onde operam jogos de expectativas e mútuas produções subjetivas e produções propriamente expressas nos atos de saúde, que podemos ressignificar um hábito e produzir uma forma de estar na vida com mais equilíbrio.

Sobre a Micropolítica das Tecnologias Leves do Trabalho em Saúde

A micropolítica repousa sobre a formação do desejo no campo social e sobre o modo como se cruzam as diferenças sociais, entrelaçando-se, portanto, com aquilo que convencionamos denominar macropolítica. Nas lutas que são travadas no tecido social, não há, a princípio, uma oposição entre o que se refere à macropolítica ou à micropolítica (Guattari & Rolnik, 1999).

Ao fazermos parte da vida, ou seja, quando trabalhamos, estudamos ou exercemos qualquer atividade, estabelecemos contato com diferentes indivíduos. No decorrer deste percurso, embora não percebamos, estas pequenas relações, muitas vezes com pessoas que nem conhecemos profundamente, influenciam diretamente nos nossos atos posteriores. Na saúde, ou mais precisamen-

TECNOLOGIA

te durante o processo de trabalho em saúde, essas relações influenciam e são influenciadas pelo emprego das diferentes tecnologias.

Vimos como as diferentes tecnologias (leve, leve-dura e dura) estão envolvidas no ato da assistência. Acrescentar agora a discussão sobre a micropolítica do trabalho em saúde é de fundamental importância, pois nos permite refletir como a relação dos profissionais entre si e destes com os usuários e com o meio atingem o processo de trabalho.

A micropolítica exercitada na conformação do ato de produção da saúde repercute na produção cotidiana de subjetividades presentes no processo de trabalho, ou seja, nos processos de subjetivação que se encontram em um mesmo plano: o das relações e ações do cotidiano. Assim sendo, podemos dizer que a micropolítica situa-se em um contexto social.

A questão micropolítica – ou seja, a questão de uma analítica das formações do desejo no campo social – diz respeito ao modo como se cruza o nível das diferenças sociais mais amplas (que chamei de ‘molar’), com aquele que chamei de ‘molecular’. (Guattari, 1999: 127)

A micropolítica se situaria no cruzamento entre diferentes modos de apreensão de uma problemática, no nosso caso, de um problema em saúde. Destes cruzamentos, Guattari (1999) utiliza-se de dois cruzamentos principais presentes no plano de produção do contexto social: o ‘molar’ e o ‘molecular’. No entanto, embora estes dois processos sejam os mais utilizados, isto não significa que não existam outros níveis de diferenças sociais. Muito pelo contrário, há inúmeros processos que se articulam na produção de subjetividades.

Poderíamos pensar o nível molar na esfera do microssocial, como uma mistura de diversas ações intra-sujeito e intersujeito. Se pensarmos que o molar é um processo de subjetivação que pode surgir em nós mesmos, a partir de nosso inconsciente, estamos diante de um mecanismo intra-sujeito. Já se levarmos em consideração todas as nossas vivências e relações com outros indivíduos, assim como o estabelecimento de nossas relações cotidianas, estaremos diante de situações intersujeito. Nós, indivíduos, estabelecemos nossas relações e vamos mudando através delas, ou seja, movemos nossos processos de transformação sobre o terreno das relações. Os pequenos acontecimentos e relacionamentos do dia-a-dia, no nível molar, produzem processos de subjetivação, que são uma grande força motora

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

da micropolítica. Por isso, o nível molar constitui-se no “(...) nível da política de constituição das grandes identidades” (Guattari, 1999: 128).

O nível molecular, como processo, pode ser compreendido na esfera do macrossocial. O processo molecular diz respeito aos grandes sistemas – econômicos, políticos, sociais, culturais. Como estamos inseridos nesses grandes sistemas, vivendo de acordo com as suas regras, eles influem diretamente no nosso modo de produzir processos de subjetivação geradores de subjetividade. Tomemos, como exemplo, o capitalismo, ou mais especificamente, o processo de produção capitalista. Este é um meio de produção com o qual entramos em contato todos os dias – é o grande sistema que nos rege. Ele interfere diretamente sobre nossas ações, sobre o nosso comportamento. Temos necessidades e consumimos padrões ditados pelo grande mercado; estimulados pelos principais canais de comunicação, pela mídia, compramos e adquirimos. Quem e em que lugar do mundo não conhece ou não possui uma calça *jeans*?

A produção de subjetividades presente na malha capitalista possui a tendência à padronização. Dentro de sistemas como estes, o risco de alienação é grande: “(...) dá pra falar, sem dúvida, de uma modelização, ou de uma produção de subjetividade completamente alienada” (Guattari, 1999: 129).

Guattari advoga e aponta uma ‘regra da micropolítica’, uma espécie de parâmetro para a análise das formações do inconsciente. Essa ‘regra’ seria a seguinte: “estar alerta para todos os fatores de culpabilização; estar alerta para tudo o que bloqueia os processos de transformação no campo subjetivo” (Guattari, 1999: 135).

É exatamente o bloqueio nestes processos de transformação no campo subjetivo que pode nos tornar alienados. Por isso, precisamos sempre refletir acerca destes processos, que se dão em diferentes campos das nossas relações sociais. No campo da saúde, é comum percebermos processos de trabalho completamente alienados, condutas que mobilizam muito pouco a produção e a transformação de subjetividades. Determinadas ações de saúde tomam como padrão as condutas normatizadas que nos convencem de sua eficiência. Seduzidos por sua racionalidade instrumental, ou aderimos e aplicamos esses modelos sem fazer nenhuma crítica sobre a realidade a nossa volta, ou são os próprios mecanismos de gestão que nos impelem a um trabalho mecânico. De uma forma ou de outra, os processos com capacidade de operar de forma mais eficaz sobre os problemas de saúde são bloqueados.

TECNOLOGIA

Assistimos à loucura de penetrar na relação do sujeito com o trabalho e invadir o modo como se produz subjetividade a ponto de não haver nem mais sujeito, nem sua obra. Mantido como uma massa amorfa indiferenciada na fabricação maquínica do capital, o que deveria reafirmar-se como sujeito torna-se apenas a degeneração do sujeito subjugado pelo processo de exploração.

A preservação da nossa autonomia é a única garantia de que não cairemos na alienação e de que nossos processos de singularização não serão padronizados. "(...) acredito que há um nível nos grupos autônomos (nível molar) em que eles são envolvidos por circunscrições, entram em relações de força que lhes dão uma figura de identidade" (Guattari, 1999: 130).

Aqui podemos relacionar a questão da autonomia e a sua importância na tecnologia leve e conseqüentemente na produção de atos de saúde. O trabalhador de saúde, dependendo da categoria profissional, possui diferentes graus de autonomia representativos do processo de trabalho. A autonomia do trabalho vivo dentro da saúde é bem ampla e seu exercício é um movimento que requer uma 'mútua constituição' entre dois pólos. Entretanto, é comum haver falso entendimento sobre o conceito de autonomia, confundindo-o meramente com a vontade do profissional e relacionando-o à prática de ações de burla para atender a determinados acordos individuais.

Vamos supor que um determinado trabalhador de saúde, um ACS, por exemplo, não tenha autonomia suficiente para exercer sua profissão. Ele é encarregado de realizar apenas uma determinada tarefa, como preenchimento das fichas de cadastro. Será que este profissional investirá em sua tarefa ou a exercerá de forma mecânica, desconsiderando tanto a sua singularidade quanto a do usuário? Ao realizar atos de saúde de forma mecanizada, sem levar em conta as peculiaridades do cuidado em saúde, caímos na armadilha da normatização e somos facilmente enredados na malha fina dos processos com graus cada vez menores de autonomia.

No caso dos trabalhadores de saúde, de um modo geral, é necessário um tipo de gerência que estimule a promoção de processos de trabalho centrados em tecnologias leves e que não faça o profissional se desinteressar pelo ato cuidador. Um profissional de saúde que trabalhe de forma automática tende a não se interessar pela promoção da saúde, e o seu trabalho passa a ser exercido não mais em consonância com a lógica do usuário. Como exemplo, um ACS que faça o preenchimento do cadastro das famílias de forma automática, res-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

tringindo as perguntas ao que está escrito na folha, desconsidera o rico universo que rodeia aquela família e acaba por limitar o diagnóstico não só familiar, mas também da comunidade.

Ao considerarmos a micropolítica no processo de trabalho, reafirmamos nossa condição de sujeito que trabalha e é influenciado pelo seu trabalho. Nesta perspectiva do trabalho em saúde, a autonomia como autenticidade dos processos promotores de ações micropolíticas opera radicalmente sobre o trabalho vivo. Se lidar com a saúde das pessoas é lidar com algo inesperado, o trabalhador de saúde necessita de criatividade e de um alto grau de autonomia para improvisar, ter iniciativa e poder exercer um trabalho eficaz dentro da saúde.

O processo de trabalho em saúde opera sobre a centralidade do trabalho vivo. A tecnologia como conjunto de saberes que são construídos para a produção de produtos singulares serve para organizar as ações de saúde e os processos produtivos neste campo.

O Uso das Tecnologias e o Trabalho em Equipe

O campo da saúde, para além de suas características estruturais e organizacionais, é repleto de dobras e reentrâncias, possibilitando inúmeros agenciamentos produtores de atos diferenciados. A estas forças heterogêneas se conjugam tecnologias com potência para operar o trabalho, tecnologias que, sendo produzidas por diferentes categorias profissionais, conformam a equipe de saúde. Profissionais com diversas formações atuam no campo da saúde, com o objetivo de identificar soluções aos problemas que emergem neste campo.

Entretanto, a compreensão do modo como traçamos solução aos problemas de saúde a partir dos determinantes sociais do processo saúde/doença, do modo de trabalho em saúde e da ideologia dos profissionais que atuam nesta área, oferece distintas soluções às questões de saúde apresentadas. Mario Testa (1992) nos lembra que a resolução dos problemas em saúde não deve ser pensada como algo descolado das questões de poder e da História. O autor trata de questões como a política e o poder de modo a conformar elementos de um processo único no interior da sociedade, onde determinados grupos formulam propostas consoantes com os seus desejos e com o seu poder.

Neste processo de discussão e acordos, a decisão torna-se uma ferramenta na transformação do objeto social. Portanto, a resolução dos problemas

TECNOLOGIA

em saúde – objeto social – requer a conjugação de diferentes interesses. Ganhos e arranjos de ordem política e social mobilizam uma grande concentração de poder neste setor em que decisões sobre os caminhos e arranjos a serem seguidos são atribuídas a determinados grupos, ou melhor, a um conjunto de profissionais que trabalham em instituições detentoras de certo grau de autoridade e reconhecimento da população.

No setor da saúde, não diferentemente dos demais segmentos sociais, decisões que possuem alto grau de influência sobre a população acabam por concentrar poder e por ditar políticas. O julgamento e a adoção das vias adotadas na condução da saúde pública no interior da sociedade são de responsabilidade das organizações de saúde e dos profissionais que trabalham nestas instituições.

O problema de saúde como objeto social deve ser tratado em conformidade com suas especificidades, considerando as tensões entre os poderes e os poderosos presentes neste território e não descartando a influência que a organização da sociedade contemporânea apresenta sobre o setor saúde. De outra forma, os problemas que emergem no campo da saúde precisam ser tratados como questões relativas à vida em sociedade e, portanto, necessitam de intervenção que não se restringe a único setor social.

Somado às questões anteriores, o setor, como é sabido, opera na lógica de que todo o trabalhador da saúde governa a construção do cuidado, desde o porteiro de uma unidade até os profissionais mais especializados e o dirigente máximo do serviço. Aliás, essa é uma marca bem típica da saúde: a obtenção da qualidade do seu produto, o cuidado em saúde é muito dependente do exercício mais autônomo de seus trabalhadores.

Sabemos que os problemas de saúde se apresentam sob ângulos diferentes, com múltiplos enfoques, na sua grande maioria, semi-estruturados, abalando o modo de intervenção vigente, ou pelo menos levantando questionamentos. Assim, o modo de trabalho em saúde depende centralmente do modelo de atenção eleito. Porém, a construção do modelo assistencial continua sendo feita sobre alicerces biológicos, fragmentados e mecanicistas.³ Isto também é uma questão para a formação de trabalhadores, pois o que observamos é que, salvo raras exceções, nas escolas formadoras, o currículo de graduação tem um enfoque restrito ao biológico.

³ Sobre modelos assistenciais em saúde, ver Silva Júnior e Alves, texto “Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas”, no livro *Estratégias de Atenção à Saúde*, nesta coleção. (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

O desenvolvimento de um modelo de atenção fundamentado na 'lógica do usuário' é uma potencialidade a ser explorada. Outras dificuldades e contradições, no entanto, também merecem ser trabalhadas, principalmente ao lidarmos com a complexidade e a especificidade da micropolítica do trabalho em saúde.

Equipes e serviços de saúde seguem, entretanto, como somatório dos múltiplos cuidados realizados, de forma dissociada, por diferentes serviços e em diferentes momentos e circunstâncias. Esta concepção é resultado de um modo de organizar o cotidiano dos serviços desarticulado e desconexo, incoerente com as propostas de desenvolvimento de um cuidado integral, integrado e unificado.

A busca por uma abordagem integral do sujeito implicaria uma gestão da micropolítica do cotidiano das unidades assistenciais. Tal gestão, voltada para a articulação dos diversos profissionais, equipes e serviços de saúde, imprimiria uma centralidade aos saberes e práticas. A coordenação deve atentar para as interfaces entre as equipes/serviços, estabelecendo fluxos e processos de trabalho voltados para uma abordagem holística do sujeito e suas necessidades de saúde (Merhy, 2002). Um exemplo seria uma gestão que optasse pela 'linha do cuidado' que perpassa por toda a extensão dos serviços de saúde, a partir de um ponto, como por exemplo uma criança que procure o serviço de saúde devido a um quadro de diarreia. A gestão estaria acompanhando todo o processo de cuidado deste usuário até o momento da alta, oferecendo o suporte necessário e fazendo as articulações necessárias para um bom atendimento.

Ressalta-se, contudo, que a integralidade não se contém no espaço do serviço de saúde, sendo também efetivada pelo sistema dentro de uma lógica de 'complexidade crescente', já que os recursos necessários ao cuidado não estarão sempre disponíveis e concentrados em uma mesma unidade de saúde, implicando um extravasamento das ações necessárias ao cuidado. Dessa forma, a integralidade opera em rede, uma rede que começa a ser tecida a partir da relação entre usuário e profissional e com as equipes de saúde, visando à solução dos problemas de saúde.

Um entendimento amplo sobre os problemas, comumente identificados como de saúde, exigiria o uso de indicadores, tomados como instrumentos que possibilitam análises mais refinadas da realidade e do processo de trabalho. Contudo, há um hiato nesta análise que foge à 'lente' dos indicadores. São

TECNOLOGIA

questões não bem definidas e que exigem outras estratégias tanto na sua identificação como na sua análise. Um instrumento que potencializa a análise desses problemas, por explorar o processo de trabalho em saúde, é a construção de um fluxograma, quando aplicado na lógica da ampliação das informações das equipes sobre o trabalho. Se utilizar a informação não é novidade para os profissionais de saúde, podemos potencializar seu uso. Matus (1993),⁴ evidencia que todos possuem um certo grau de governabilidade sobre determinado problema. A informação também opera sobre o trabalho vivo, ou seja, sobre as tecnologias leves, produtoras de interseção.

Neste processo, assistimos a muitos e inúmeros conflitos entre os membros da equipe de saúde. A identidade dos profissionais envolvidos no trabalho e a hierarquia entre eles ficam menos perceptíveis, principalmente quando se trata de processo de trabalho a partir dos quais se pretende romper, ou pelo menos colocar em discussão a linha hierárquica tradicional das profissões de saúde, como o caso das equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

Na equipe de Saúde da Família, torna-se necessária a reorganização da prática clínica, exigindo-se, portanto, uma nova ética desfocada do 'hospitalocentrismo' e da alta especialização que marcariam a conformação do sistema de saúde e a formação dos profissionais. A reorganização desta nova prática é marcada pela produção de vínculo, pela humanização da gestão e da assistência, pelo cuidado promotor de responsabilização e pelo exercício da cidadania. Seus alicerces estão fincados na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde-doença das famílias que são assistidas pelas equipes.

A despeito das iniciativas, como a supracitada, entre outras, o trabalho em saúde, de um modo geral tem a tendência a manter-se compartimentalizado, ou seja, fracionado em pequenos espaços produtores de cuidado especializado. No entanto, Pires (1996) ressalta que o trabalho cooperativo entre os profissionais tem muitas possibilidades e modos de acontecer, principalmente a partir do uso de equipamentos, tecnologias duras, que aumenta o rendimento das atividades permitindo a ampliação dos serviços e a oferta de procedimentos menos invasivos, como o caso da endoscopia digestiva. O emprego de tecnologias duras no processo de trabalho pode gerar redução no tempo da intervenção ou exposição do usuário. Tal acontecimento

⁴ Carlos Matus é o autor do enfoque metodológico sobre planejamento estratégico situacional.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

leva a uma ampliação do contato entre os profissionais de saúde, pela diminuição do tempo para o cuidado, o que cria a possibilidade de discussão do plano terapêutico e de aplicação de um trabalho articulado entre os diferentes saberes em prol do usuário, potencializando, desse modo, o trabalho em equipe.

Além desses benefícios, a incorporação de equipamentos no processo de trabalho em saúde pode ser entendida como um movimento em que há disputas: “procurar entender de modo articulado o lugar que o núcleo das tecnologias leves ocupam e seu modo de operar os processos produtivos, bem como os tipos de disputas que os modelos em competição impõem neste território, e a composição das caixas de ferramentas utilizadas” (Merhy, 2002: 65).

Ao operar sobre o território das tecnologias leves e/ou leves-duras que compõem o ato de cuidar, a dinâmica da micropolítica engendra diferentes traçados que podem ser capturados, ou podem desenhar rotas de fuga capazes de ressignificar o modo de cuidar em saúde, construindo novos padrões de subjetividade.

Assim, diante desta complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, Merhy (1997) advoga a noção de que é na conformação da relação entre os três tipos de agir tecnológico – duro, leve-duro e leve – que são produzidos os atos de saúde. Assim, defende-se que os processos de produção do cuidado – processos intercessores centralmente (Merhy, 1997) – expõem, a partir das várias dimensões presentes na prática em saúde, um território com muitas tensões e naturezas distintas.

Para Merhy (2002), os profissionais exercem o processo de trabalho em saúde a partir do emprego das tecnologias, que são consideradas pelo autor como ferramentas tecnológicas que fazem sentido e são utilizadas conforme os objetivos estabelecidos. Cada profissional possui a sua valise, ou caixa de ferramentas, para atuar sobre os problemas de saúde. O uso da valise se dá no ato da produção, no momento da atuação, permitindo ao profissional processar o recorte necessário à sua intervenção.

O trabalho em equipe consome nesta lógica distintas valises tecnológicas –. como a valise da assistente social, do médico, do enfermeiro, do agente comunitário de saúde e assim por diante – no ato da produção de um projeto terapêutico, já que toma por base as diferentes ferramentas tecnológicas dos profissionais de saúde. O uso das valises adquire, no trabalho em equipe, o sentido social do agir sobre a integralidade da saúde.

TECNOLOGIA

O desafio é, num primeiro momento, assegurar a produção de saúde e, ao mesmo tempo em que se estimula a reflexão, ampliar a capacidade da equipe de saúde na solução dos problemas. Ampliar a capacidade de ação das equipes em busca de resposta aos problemas de saúde remete à discussão coletiva e à conjugação dos saberes presentes no interior das equipes que sejam capazes de garantir o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário, base sobre a qual encontra-se o trabalho em saúde. Um saber exercido pontualmente no campo das tecnologias leves. As tecnologias leves são menos cristalizadas na prática liberal. Se, por um lado, existe o risco da potencialização do grupo levar à cristalização de posições, por outro, um processo analítico e contínuo, sem dúvida, dificulta que tal fato aconteça.

A potencialização do grupo sujeito, por meio da informação e do entendimento do processo de trabalho, oferece a este grupo a possibilidade de lidar melhor com os problemas de saúde e amplia a sua capacidade de atuação conjunta com as tecnologias.

Segundo Campos (1997), a definição de campo e núcleo nos ajuda a entender essa aparente complicação. O 'campo' compreende o saber básico em saúde que todo o profissional que atua na área deve ter e se transforma em rede, onde são tecidos os saberes e conhecimentos de cada profissão, a partir das necessidades que a área de saúde requer. Podemos dizer que o campo do ACS seja a saúde da família, lugar em todos os profissionais de saúde transitam e adquirem um certo tipo de conhecimento. O 'núcleo' é a identidade profissional, o conhecimento relativo e específico de cada profissão. A fragmentação do processo de trabalho em saúde foi de tal monta que, até hoje, uma enormidade de especialistas se fecha em suas 'caixinhas de saber'. Não desconsideramos aqui a necessidade de um conhecimento mais aprofundado, mas é necessário e faz diferença no atendimento um conhecimento geral do que é saúde. A proposta de saúde da família lança um desafio sobre este modo de produzir saúde quando destaca a importância de saberes integrais e articulados com a comunidade como forma de atender à demanda da população.

O trabalho em equipe que utilize as noções de 'campo' e 'núcleo' deve considerar o vínculo durante o processo de trabalho, ou seja, a identificação de um profissional junto ao usuário. Neste caso, podemos citar o trabalho do ACS como uma atividade que trabalha como referência para um conjunto de famílias. As famílias conhecem o profissional pelo nome e o procuram para sanar

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

dúvidas sobre seu estado de saúde etc. E o profissional conhece e se responsabiliza por aquela dada família, em termos de viabilizar o atendimento das necessidades de saúde demandada pelos integrantes da família.

Ao pensar sobre a constituição da equipe de saúde, alguns instrumentos – dispositivos capazes de captar e facilitar o processo de trabalho integrado – se fazem necessários na construção dessa nova prática. Vejamos alguns deles.

1. Prontuário – Facilitador na transmissão de informações sobre o paciente. E, portanto, de responsabilidade de toda a equipe de saúde. Destaca-se que o prontuário é do usuário, e não propriedade do profissional de saúde. Dessa forma, o prontuário único, já utilizado por parte de muitas equipes de saúde, é fonte de informação que circula de forma igual entre todos os membros da equipe de saúde.

2. Projeto terapêutico integrado – Plano único de elaboração assistencial. Esse é momento em que cada profissional expõe sua ‘opinião’ sobre o caso, ou seja, empresta seu núcleo de conhecimento e propõe condutas (Campos, 1997).

O ser humano carregado de subjetividade dispõe de determinada autonomia no emprego de seus desejos, seus projetos e suas aspirações. Um certo grau de liberdade o acompanha na conquista de seus interesses. O indivíduo/sujeito expressa (com a linguagem) tanto a realidade interior como a exterior, fazendo parte, assim, do mundo dos significados. Segundo Chanlat “(...) o universo organizacional é um dos campos em que se pode observar ao mesmo tempo esta subjetividade em ação e esta atividade de reflexão que sustenta o mundo vivenciado da humanidade concreta” (Chanlat, 1996: 27).

Refletir sobre o trabalho em suas várias dimensões funda caminhos na construção de sujeitos comprometidos com a promoção de responsabilidade no interior das equipes. Um espaço na realidade das equipes que desvende e promova ações de saúde voltadas ao estímulo da desalienação do profissional.

Outro ponto relevante é a formação do profissional de saúde que, em raríssimos casos, contempla o trabalho em equipe. Logo, o modo de gerir proposto enfrenta problemas de diversas ordens, quase sempre não estruturados, isto quer dizer, questões cuja solução não se apresenta em uma norma prevista, o que exige da gerência muito dinamismo em suas análises.

TECNOLOGIA

O trabalho em equipe visa aumentar a abertura com o campo da saúde, possibilitando o emprego de projetos terapêuticos com potência para enfrentar os problemas demandados. Contudo, a aposta é feita sobre a capacidade de mobilização dos profissionais, na forma de mudanças no processo de trabalho, e a partir de análises que, com a utilização de ferramentas (fluxograma, entre outras), ampliam o olhar sobre o modo de operar as ações.

Superar o sentimento de impotência diante das ações de saúde produzidas hoje é um grande desafio. Deve-se buscar olhar para essa relação sob um novo ângulo, ou seja, sob a ótica da promoção de sujeitos coletivos, em que o envolvimento dos profissionais se dê com o usuário e com a instituição, promovendo um duplo vínculo no qual a subjetividade retoma seu lugar.

Conclusão

Ao olharmos o processo de trabalho em saúde sob a ótica das tecnologias presentes nesta produção, somos convidados a adentrar no campo dos microprocessos presentes nos atos em saúde. No entanto, a compreensão das tecnologias na produção em saúde não ambiciona dar conta do tenso campo em que repousa os processos de trabalho neste setor, pois a dimensão do cuidado é atravessada por distintos modos de conduzir a ação em saúde.

O olhar sobre as tecnologias permite reconhecer que cada profissional é possuidor de uma valise tecnológica que opera sobre o trabalho vivo, e que esta pode ser uma entrada em potencial na construção e no estabelecimento de projetos terapêuticos coletivos.

Entender a dupla dimensão do uso das tecnologias, principalmente das tecnologias leves, é compreender que a intercessão estabelecida entre profissional e usuário tece ações micropolíticas capazes de produzirem ações acolhedoras e de vínculo – elementos constitutivos do trabalho em saúde que busca a solução coletiva para os problemas de saúde. Enfim, são muitos os olhares e interesses sobre o trabalho em saúde, o que nos leva à incessante busca no labirinto do trabalho por novas maneiras de interrogar o modo como são produzidos os atos em saúde.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Referências

- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4): 63-70, 1998.
- CHANLAT, J.-F. (Cord.) *O Indivíduo na Organização Dimensões Esquecidas*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996. v.1.
- DELUIZ, N. Formação profissional no Brasil: enfoques e perspectivas. *Boletim Técnico do Senac*, 19(1), 45 - 56, jan.-abr., 1994.
- MENDES-GONÇALVES, R.B.. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994
- GUATTARI, F. & ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 5.ed. Vozes, 1999.
- MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: Ipea, 1993. Tomo I.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L (Org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia de um serviço – interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Relatório resumo: analisar o processo de reforma do sistema de saúde no Brasil, considerando a Atenção Gerenciada (AG), como modelo de gestão de políticas de saúde que a partir dos EE.UU difundiu-se pela A. Latina*. Campinas, UNICAMP 1999. (Mimeo.)
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. & FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelo tecno-assistenciais. *Saúde e Debate*, 27(65): 316-323, set.-dez., 2003.
- PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1):75-91, 2002.

TECNOLOGIA

PIRES, D. *Processo de Trabalho em Saúde, no Brasil, no Contexto das Transformações atuais na Esfera do Trabalho: estudo em instituições escolhidas*, 1996. Tese de Doutorado, Campinas: Instituto de Filosofia, Universidade Estadual de Campinas.

TESTA, M. *Pensar em Saúde*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TESTA, M. *Saber en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

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

Mônica Vieira

Introdução

Neste texto, buscamos discorrer sobre as principais questões inseridas no campo da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e mais especificamente acerca de uma dimensão da gestão do trabalho, relacionada aos seus aspectos macropolíticos, ou seja, às problemáticas relativas ao trabalho em saúde e enfrentadas pelas distintas esferas de governo como parte da gestão do SUS. Nesse sentido, não nos dedicaremos ao que consideramos uma outra dimensão da gestão do trabalho, relacionada à micropolítica¹ do trabalho em saúde nos diferentes espaços onde este, cotidianamente, se realiza.

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

O Processo de Conformação do Campo de Recursos Humanos em Saúde

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

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

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

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

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

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

No início da Reforma Sanitária, as questões mais sistematizadas da área de RHS privilegiavam à temática da formação de pessoal. As análises acerca de outros aspectos que integram o campo como planejamento da força de trabalho, mercado de trabalho e regulação do exercício profissional, eram apenas pontuais. É possível observar, nos documentos e relatórios³ elaborados a partir da segunda metade da década de 1980, uma maior preocupação com as ações voltadas ao processo educativo dos trabalhadores do setor.

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

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

³ Para maiores informações, ver Santos e Christófaro (1996) e Souza et al. (1991).

AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

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

Estado Brasileiro e Gestão do Trabalho

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

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

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

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

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

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

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

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

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

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

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

AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

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

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

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

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

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

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

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

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

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

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

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

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

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

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

AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

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

Essas questões acabam por receber destaque em documentos da área, conforme expresso na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS¹² (NOB/RH-SUS) e na conformação do tema 'Trabalho na Saúde', como um dos 10 eixos temáticos que subsidiaram as discussões da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003. Este eixo envolveu as questões relacionadas aos recursos humanos em saúde, tanto as relativas aos aspectos da gestão, como a precarização das relações de trabalho, quanto aos aspectos da educação dos trabalhadores do setor.

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

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

Nesse contexto em que as temáticas da gestão do trabalho e da educação na saúde ganham centralidade, é criada¹³ a Secretaria da Gestão do Traba-

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

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

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

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

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

Em 2004, foi constituída a comissão especial para elaboração de diretrizes do plano¹⁴ no sentido de viabilizar o PCCS-SUS, tomando como referência os Parâmetros e Diretrizes da NOB-SUS 02/98, atendendo não só demandas dos trabalhadores como dos gestores. Buscou-se, dessa forma, orientar a reorganização dos trabalhadores do SUS visando atender aos requisitos de valorização do profissional, alocação do profissional conforme necessidades do sistema e atendimento a municípios e regiões carentes.

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

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

¹⁴ Determinação da Portaria Ministerial 626 de 8 de abril de 2004.

AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

Desprecarização do Trabalho no SUS¹⁵ foi criado com a intenção de discutir mecanismos de regularização dos vínculos de trabalho de cerca de 600 mil trabalhadores (Brasil, 2004).¹⁶

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

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

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

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

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

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

O ACS, há mais de uma década, constitui um segmento efetivo da força de trabalho em saúde. De acordo com investigações realizadas pela Estação Observatório dos Técnicos em Saúde a partir da base de dados *Estatística Médica da Saúde: assistência médica sanitária* (IBGE, 1999, 2002)¹⁷ percebeu-se o crescimento acelerado dos postos de trabalho ocupados por este trabalhador, entre 1999 e 2002, que passam de 67.503 para 142.696 (Vieira et al., 2003). Tal crescimento relaciona-se ao contexto de reorientação do modelo assistencial, fortemente direcionado pelas formulações da política de saúde da esfera federal, especialmente através de normas e regulações¹⁸ que visam priorizar o nível de atenção básica no sistema de saúde. Em outra pesquisa, intitulada “Análise da política de educação permanente em saúde”, na qual objetivava-se analisar os projetos de educação permanente aprovados pelo Ministério da Saúde, foi possível verificar que a maior parte dos projetos aprovados referem-se a propostas de cursos, em sua maioria na área de atenção básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF).

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

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

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

AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

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

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

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

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Parte importante do documento de referência da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde¹⁹ é dedicada às questões que envolvem os ACS. De forma sintética, as propostas relativas à gestão do trabalho sinalizam para a necessidade de responsabilização do Ministério da Saúde em assumir o repasse de verbas e os direitos trabalhistas referentes ao trabalho dos ACS; estabelecer diretrizes orientadoras com critérios para elaboração de processo seletivo público de ACS, contemplando as normas do Programa Saúde da Família (PSF), com garantia de direitos trabalhistas e exigência de moradia na microárea; regularizar a condição trabalhista dos ACS com efetivação dos que já estão atuando e propor processo seletivo público para os novos agentes; abolir a terceirização no SUS, considerando o tempo de serviço dos ACS, para efeito previdenciário; incluir os ACS nos planos de carreira e assegurar maior reconhecimento do trabalho dos ACS, por meio de incentivo salarial.

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

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

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

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

AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

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

Considerações Finais

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

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

Referências

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

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AS POLÍTICAS DE GESTÃO DO TRABALHO

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

Histórico da Educação Profissional em Saúde

Isabel Brasil Pereira

Introdução

Este estudo tem por finalidade refletir sobre momentos significativos da história da Educação Profissional em Saúde no Brasil. Para tanto, começemos por explicitar concepções de métodos e premissas adotadas na construção deste estudo, dentre elas: a de que a história aqui é tratada como continuidade e ruptura de idéias e de projetos; a de sempre relacionar o particular – aqui representado pela educação profissional em saúde – ao geral – aqui traduzido na formação dos trabalhadores de diversas áreas.

Dito isto, fica faltando assinalar que, consoante ao método dialético, é crucial lembrar que o profissional da saúde se educa, é educado, no conflito e na contradição. Ele herda uma tradição, não uma tábula rasa. Ele negará, aceitará e tentará superar os limites herdados. Não partirá do zero, nem chegará ao absoluto.

Mais ainda, pode-se afirmar que a educação dos trabalhadores na saúde é composta por projetos contraditórios, interessados, conflitantes e em luta por uma visão de mundo. Uma boa análise crítica, dentro e fora das instituições escolares, poderá indicar os sentidos e os contextos desses projetos interessados que fazem a história da educação profissional.

O que se pode notar é que apesar da herança de uma política de educação profissional hegemônica que tem como meta, pelo menos desde esta formação histórica chamada capitalismo, servir ao mercado, e de uma visão de educação que tenha como objetivo a adaptação dos trabalhadores a estas condições objetivas, percebe-se talvez não pela história oficial, mas pela história contada pelos seus autores, que existe um projeto contra-hegemônico de formação dos trabalhadores da saúde que luta por uma educação que tenha como finalidade a transformação desta sociedade, sob a égide do capital, para outra mais humana e solidária onde a divisão social do trabalho possa ser superada.

A evidência da divisão social do trabalho mais conhecida no âmbito da formação profissional em saúde diz respeito à história da enfermagem. A histó-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

ria da enfermagem mostra que as atividades desenvolvidas por estes trabalhadores careciam de conhecimento teórico, sendo suas atividades puramente manuais. As instituições femininas e religiosas tiveram papel significativo nos cuidados aos doentes. A enfermagem apresentava-se como atividade prática, onde a caridade era o atributo moral e religioso das ações desenvolvidas.

Ainda sobre o passado, a qualificação para o desempenho das atividades de enfermagem não consistia em um ensino sistematizado de enfermagem, mas sim, em um treinamento de jovens que tinham optado por uma vida conventual, tornando-as eficientes nas artes da enfermagem, como nos relata Rezende (1989):

O treinamento era essencialmente prático, desenvolvido através de atividades em orfanatos, nas residências dos pacientes e nos hospitais existentes. Os superiores, já treinados, orientavam o aprendizado das novatas que desenvolviam comportamento copiativo, numa relação mestre-aprendiz... aprendiam algumas preleções sobre anatomia e patologia, não se preocupava com o nível intelectual e em dar informações teóricas às aprendizes... (Rezende, 1989: 59)

A qualificação de trabalhadores para a prática de enfermagem moderna, no século XIX, na Inglaterra, com a criação da primeira escola de enfermagem, chamada *nightingaliana*, por causa de Florence Nightingale, priorizava as qualidades morais das candidatas. Neste 'modelo' de formação registrado na história, a duração do curso era de um ano, e os médicos eram responsáveis por ministrar a parte prática. A escola inglesa, inicialmente, recebeu alunas da alta classe burguesa, chamadas de *ladies*, que pagavam pelo ensino, e alunas da camada popular, chamadas de *nurses*, que tinham gratuidade no ensino e na moradia. Nascida na consolidação do capitalismo, a enfermagem moderna reconhece a utilidade social e insere no seu processo de trabalho a repartição de tarefas. Como demonstram as palavras de Rezende (1989): "A enfermagem nasceu dividida em dois estratos sociais distintos. Às *ladies* cabia o pensar, concretizado nos postos de comando... Para o trabalho manual ficaram as *nurses*. A dicotomia entre o trabalho manual e o intelectual pela classe social" (p.63). Neste exemplo, podemos perceber que a divisão social determinou a divisão técnica. De modo que, embora recebessem o mesmo tipo de qualificação, às *ladies* foram destinadas as funções de controle, supervisão. Para as *nurses*, as funções submissas às *ladies* e, mais diretamente, ligadas ao trabalho manual.

Na prática da enfermagem, a divisão de tarefas, fragmentação do trabalho, ajudou a manter a divisão entre um trabalho que requer pouca qualificação

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

(representado pelo cuidado) exercido pelas auxiliares de enfermagem e um trabalho especializado, 'mais intelectualizado' (de controle, de coordenação, de interlocução com o médico) exercido pela enfermeira.

Refletir a história da educação dos trabalhadores da saúde, e aqui com o recorte na educação profissional dos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde, à maneira dialética, e tendo como foco a história recente destes trabalhadores na sociedade brasileira, é refletir o mundo do trabalho, a saúde e a educação, que foram se cruzando, de maneira difícil e contraditória. A começar pelo fato de se lutar contra a visão ideológica da 'naturalização do trabalho feito por estes profissionais' (Santos & Christófaró, 1996). Naturalização essa que leva a realizações de meros treinamentos para que esses trabalhadores desempenhem suas funções .

A superação, ou ao menos a tentativa de fazer com que deixe de ser hegemônica a concepção calcada na naturalização do trabalho desenvolvido por profissionais de nível médio e fundamental da saúde pode ser evidenciada pela criação de escolas voltadas à formação técnica de trabalhadores da saúde e também nas leis que regem a educação profissional. Ainda sobre a formação dos que trabalham em funções que exigem escolaridade de nível médio e fundamental observamos que:

em seu cotidiano, esse trabalhador sofre a influência e a pressão, percebida ou não, consciente ou não, elaborada ou apenas intuída, a depender do caso, de determinações cruzadas e contraditórias. A começar pelo discurso de desvalorização do projeto público e universal de saúde, da tradição também pública da medicina brasileira e da própria visão de uma medicina preventiva, ao invés de apenas curativa e invasiva.

Continua sofrendo essa influência porque recebe salários baixos e trabalha em ambientes empobrecidos, onde muitas vezes faltam os equipamentos e medicamentos básicos. Mais que isso, indiquemos a importância da estrutura burocrática dos serviços públicos de saúde, muitas vezes fechada e hierárquica, pouco capaz de qualificar o conhecimento tácito que o trabalhador desenvolve em seu cotidiano. Portanto, pouco ágil em dar respostas a críticas e demandas, muitas vezes justas e pertinentes. No vértice, existe a pressão para que esse mesmo trabalhador se adapte às novas tecnologias e às mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho (Brasil, 2005: 2)

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Educação Profissional: concepções na relação trabalho, educação, saúde

As concepções de educação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde são engendradas pelas concepções de saúde, de sociedade e de sentidos e concepções sobre a relação entre educação e trabalho.

Termos diversos, com sentidos em disputa, configuram o campo do que chamamos de educação profissional. Sem pretensão de esgotar a explicitação destes termos/conceitos/concepções, apresentamos alguns, mais recorrentes no campo da formação dos trabalhadores.

Os termos 'formação profissional' e 'qualificação profissional', através da literatura produzida, apresentam, cada um deles, um caráter polissêmico. No âmbito da formação profissional estão inseridos sentidos e concepções diversas sobre a qualificação profissional. Para Catanni (1997), a formação profissional, na sua acepção mais abrangente:

Designa todos os processos educativos que permitam ao indivíduo adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas (...) A Formação Profissional é uma expressão recente, criada para designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho (...) na ótica dos trabalhadores, a Formação Profissional assume um caráter associado às idéias de autonomia e de auto-valorização. Essa perspectiva contesta o sentido da educação ou da formação para o trabalho, bem como a política de integração do trabalhador nos projetos empresariais. Ela abre, ao mesmo tempo, um leque mais amplo de discussão, compreendido em temas como: 'Trabalho como Princípio Educativo' e 'Formação Politécnica'. (Catanni, 1997: 94-95)

O conceito marxiano de qualificação, como ressalta Machado (1992), pode ser entendido como uma articulação entre as condições físicas e mentais que compõem a força de trabalho utilizadas em atividades voltadas para valores de uso. "Assim, a capacidade de trabalho é condição fundamental da produção, portanto tem seu próprio valor de uso. Com o capitalismo, ela passa a ter um valor de uso crucial pois representa a possibilidade de criação de um valor adicional ao seu próprio valor, a mais-valia" (p.9).

Com o progresso do capitalismo (apropriando-se cada vez mais da ciência e da tecnologia), o conhecimento, que no pensamento marxiano era en-

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

tendido como valor de uso, passa cada vez mais a ser apreendido como valor de troca, ou seja, passa a constituir-se também como mercadoria.

Podemos observar esse processo do conhecimento igualmente como valor de troca, ao analisarmos o emprego do conhecimento científico, cada vez voltado mais para o processo industrial, com caráter de mercadoria e visando ao lucro. No caso da saúde, os exemplos mais gritantes podem ser visualizados em determinados fins e prioridades da indústria de medicamentos e uso e no aperfeiçoamento das tecnologias voltados cada vez mais para a saúde privada.

A educação, tanto no seu sentido mais genérico de formação humana, quanto nas suas particularidades, como formação profissional, não fica imune às deformações produzidas pelo capital. Sob a égide capitalista, o sentido hegemônico da aliança trabalho/qualificação profissional é claro: na cidade hierárquica, cabe à educação formar profissionais, disciplinados, dedicados ao trabalho e, portanto, produtivos para o capital. Porém, aproveitando os espaços gerados pelas contradições do sistema capitalista, a qualificação profissional pode e deve, pelo menos no que diz respeito a trabalhadores em instituições voltadas para as práticas sociais, tais como a educação e a saúde, desenvolver concepções que tenham como objetivo instrumentalizar a classe trabalhadora no seu processo de trabalho e nas demais esferas da vida cotidiana, de modo a possibilitar (embora sem cair no idealismo) a não adequação ao existente. Trata-se portanto, de uma luta entre projetos, onde a moral é límpida: de um lado projetos que vislumbrem não adequar o trabalhador ao existente, de outro a constituição do trabalhador adestrado, obediente e disciplinado.

A idéia do trabalhador disciplinado, adestrado, ganhou com o taylorismo um aliado poderoso – a tecnologia organizacional traduzida em fragmentação e parcelarização de tarefas com ação mecanizada, acentuando a alienação e acarretando em várias profissões a desqualificação dos trabalhadores. Com efeitos primeiro no mundo do trabalho, a “racionalidade” mecânica taylorista se difundiu para outras instituições sociais.

No que tange à relação conhecimento, capitalismo e qualificação/formação dos trabalhadores, coloca de maneira didática Saviani:

Na sociedade capitalista a Ciência é incorporada ao trabalho produtivo, convertendo-se em potência material. O conhecimento se converte em força produtiva e, portanto, em meio de produção. Mas, a contradição do capitalismo atravessa também a questão relativa ao conhecimento: se essa sociedade é baseada na propriedade privada dos meios de produ-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

ção, e se a Ciência, se o conhecimento é um meio de produção, uma força produtiva, ela deveria ser propriedade privada da classe dominante. No entanto, os trabalhadores não podem ser expropriados de forma absoluta dos conhecimentos, porque sem conhecimentos eles não podem também produzir, e, por consequência, não acrescentam valor ao capital. Desse modo, a sociedade capitalista desenvolveu mecanismos através dos quais ela procura expropriar o conhecimento dos trabalhadores e sistematizar, elaborar esses conhecimentos, e os desenvolver na forma parcelada. O taylorismo é a expressão mais típica do que foi assinalado. (Saviani, 1997: 13)

Partindo de observações relativas ao movimento e ao tempo que os trabalhadores desenvolviam durante o processo de trabalho, Taylor, como sabemos, era atento ao modo como os trabalhadores produziam e colocavam em prática conhecimentos advindos das experiências rotineiras. O taylorismo apreendeu os movimentos e os conhecimentos que os trabalhadores desenvolviam na produção, e “uma vez isso sistematizado, é desenvolvido na forma parcelada, e o conhecimento relativo ao conjunto passa a ser propriedade privada dos meios de produção” (Saviani, 2003)

Com olhar histórico, percebemos que os estudos de George Friedmann e Pierre Naville colocaram a qualificação como eixo central da sociologia do trabalho. Nestes autores, reflexões sobre o processo de trabalho e a qualificação profissional se dão no embate contra o taylorismo, a partir da idéia de que a organização tayloriana do trabalho propiciava ganhos de produtividade, através da intensificação da fragmentação e da padronização do trabalho na produção.

Refletindo sobre as qualificações desenvolvidas para os trabalhadores de nível fundamental e médio da saúde, observamos que há uma predominância de que os mesmos sejam de curta duração, traduzidos em rápidos treinamentos, e conseqüentemente reduzidos a uma qualificação mecânica. O que sustenta este pensamento, além da já mencionada naturalização do trabalho destes profissionais, é o fato de que, quando inseridos nos serviços de saúde, as instituições têm dificuldade de liberá-los para realização de cursos mais longos.

Também a respeito da contribuição da produção da sociologia do trabalho para refletirmos a formação dos trabalhadores da saúde, é notório que no começo da segunda metade do século XX, a relação qualificação/ processo de trabalho/automação é presença significativa nas reflexões de George Friedmann e Pierre Naville. Como nos ajuda a entender Dadoy (1987: 6):

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Friedmann ressaltava que as contradições inerentes a esse processo, ao ser desenvolvido em sistema capitalista, se traduziriam em novas tarefas que necessitariam de uma qualificação mais aprimorada, ao mesmo tempo em que acarretaria a desqualificação de outras. Podemos, portanto, perceber em Friedmann a origem de teses defendidas, posteriormente, por Freyssenet, conhecida como polarizações das qualificações.

No trabalho desenvolvido pela enfermagem, por exemplo, observamos uma polarização das qualificações. Essa polarização aconteceu mediante a divisão social do trabalho e a hierarquização obedecendo as clivagens capitalísticas de classe.

Com reflexo na qualificação profissional, observamos no mundo da produção, em passado recente, o modelo fordista caracterizado pela produção em grandes séries de bens padronizados, condição necessária para a diminuição dos custos e aumento dos lucros. Para mediar os males econômicos provocados pela acumulação do capital, o tipo de regulação política *Welfare State*¹ – ou Estado de Bem-Estar Social – atuava com a perspectiva de ampliar a inserção social de grande parte da camada popular, provendo bens sociais, como educação, saúde e seguridade social; e, através da regulação do mercado de trabalho – emprego e salário. O Estado de Bem-Estar Social contribuía para a reprodução de capitais, financiando condições da produção de bens de consumo e serviços.

A leitura neoliberal sobre a crise do modelo fordista e keynesiano é que ela é decorrente, dentre outros pontos, das despesas sociais do Estado e do aumento excessivo de salário, o que geraria pressão inflacionária nos preços das mercadorias, aumentando, ao mesmo tempo, a dívida pública e o déficit orçamentário, assim como o atraso tecnológico. Como proposta a este modelo considerado problemático, o neoliberalismo aponta para a necessidade de total liberalização das forças de mercado.

Leitura oposta assinala que a crise é fase do movimento de acumulação capitalista e, mediante isso, a reestruturação pós-fordista se dá, entre outros pontos: pelas tecnologias organizacional e de base física e pelos modos de regulação estatal.

¹ Sobre o *Welfare State*, ver Pereira e Linhares, texto “O Estado e as políticas sociais no capitalismo” e Monnerat e Senna, texto “A seguridade social brasileira: dilemas e desafios”, ambos no livro *Sociedade, Estado e Direto à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

As transformações de tecnologias de base física e organizacional sofridas a partir do final do século passado, num contexto, onde o neoliberalismo se apresenta como a nova ideologia do capital, configuram, como nos ajuda a entender Ramos (2001) “o mundo produtivo com algumas características tendenciais: flexibilização da produção e reestruturação das ocupações ; integração dos setores de produção; multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores não ligados ao trabalho prescrito ou ao conhecimento formalizado” (p. 51). Nesse cenário, observamos que ganha destaque o questionamento *sobre* “a adequação e a suficiência do conceito de qualificação como estruturante das relações de produção e dos códigos de acesso e permanência no mercado de trabalho” (p. 51).

Historicizando a relação processo de trabalho e qualificação do trabalhador, nos ajuda a entender Machado (1992: 15):

Num processo de trabalho rígido, ocorre intensa fragmentação e divisão do trabalho com acentuado controle da supervisão (taylorismo e fordismo), com tarefas repetitivas, que significam uma real desqualificação (...). Já o processo de trabalho flexível traz a possibilidade de uma redução dos níveis de fragmentação do trabalho, oportunizando a polivalência do trabalhador. Esta flexibilização funcional pode ser de dois tipos: agregação das funções, um único homem controlando um conjunto articulado de máquinas; e a rotação por diferentes tarefas, como no trabalho por equipes(...). Com a flexibilização funcional um novo perfil de qualificação da força de trabalho parece emergir, sendo postas exigências como: escolaridade básica e capacidade de adaptação a novas situações(...)

É também significativa para melhor análise dos processos de formação do trabalhador a afirmação de Freyssenet (1989) que a qualificação pressupõe conhecimento, experiência, autoridade e condições materiais, de modo que o trabalhador desempenhe a tarefa, compreendendo de maneira abrangente os problemas a serem solucionados.

De maneira mais didática do que classificatória, Castro (1992), com base em Litter (1986), destaca três concepções de qualificação: a qualificação “com características objetivas das rotinas de trabalho... ela é definida em termos do tempo de aprendizagem no trabalho ou do tipo de conhecimento que está na base de ocupação...” ; outra concepção de qualificação se dá” (...) a partir da sua relação com a possibilidade de autonomia no trabalho. Ela depende das margens de controle exercido pelo trabalhador sobre o processo de transformação como um conjunto, no qual se inclui sua atividade específica(...)” (p. 98) .

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Castro (1992) nos traz uma outra concepção, em que a qualificação é entendida como uma construção social e, neste sentido,

depende de fatores(...) como o costume e a tradição socialmente construída(...) e nela jogam papel importante não apenas os aspectos técnicos, mas os aspectos de personalidade e os atributos do trabalhador...amplamente variáveis segundo o tipo e a situação do trabalho; são também diferencialmente valorizáveis segundo o contexto societal, as condições conjunturais e a experiência histórica dos distintos grupos profissionais...". (Castro, 1992: 69)

Machado (1996) chama atenção para o fato de que a qualificação não é estática, é processo de construção individual e coletivo, no qual os indivíduos se qualificam ao longo das relações sociais. Villavicencio (1992) ressalta que a qualificação para ser compreendida como relação social não pode ser tomada como construção teórica acabada. Para o autor, esse entendimento requer como operador o conceito do trabalhador coletivo. Também de interesse para a nossa reflexão, observamos que o referido autor chama atenção para o fato de que "*espaços de qualificação*" diferentes não podem ser analisados da mesma forma. Isso nos leva a pensar criticamente a transposição de modelos de qualificação entre países com culturas diversas e com economias diferenciadas, caracterizando "campos de conflitos" outros, e, portanto, indicando processos de construção de sociedade distintos. Mais ainda, alerta-nos para o fato de que os espaços de qualificação profissional em saúde devem ser pensados também nas suas singularidades. Trata-se mais uma vez de perceber o particular e o universal do mundo do trabalho.

Concepção presente na educação profissional em saúde, a noção de politecnia, como traduz Saviani (1997, 2003), postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais, pois são características do trabalho humano. A separação dessas funções é um produto histórico-social e não é absoluta, mas relativa. Essas manifestações se separam por um processo em que os elementos predominantemente manuais se sistematizam como tarefa de um determinado grupo social,. Podemos ainda afirmar que:

A idéia de politecnia implica uma formação que, a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases de organização do trabalho de nossa sociedade(...) trata-se da possibilidade de formar profissionais em um processo onde se aprende praticando, mas, ao praticar, se

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

compreendem os princípios científicos que estão direta e indiretamente na base desta forma de se organizar o trabalho na sociedade (EPSJV, 2005: 64)

Educação Profissional: instituições e legislação

A formação dos trabalhadores ao longo de sua história, da Colônia à República, é marcada pelo modo de produção vigente e sua produção social. Como afirma Santos (2000),

“O tratamento discriminatório dado às diversas ocupações manuais no Brasil-Colônia foi uma das razões, dentre outras, que levou à aprendizagem das profissões, que naquele contexto era feita por meio das Corporações de Ofícios... possuíam normas de funcionamento que dificultavam, ou até impediam, o ingresso de escravos” (p. 221).²

No Império, é inaugurado o primeiro Liceu de Artes e Ofícios, em 1858, que tinha como objetivo propagar e desenvolver para a classe trabalhadora a instrução artística e técnica dos ofícios industriais.

A influência de padres salesianos, já no início da República, dissemina ainda mais a ideologia do ensino profissional como contraponto ao pecado. Soma-se a isto a pressão feita por grupos internos para reforçar a produção industrial. Chama-se atenção para a criação, através do decreto 7.566 de 1909, das Escolas de Aprendizes e Artífices uma em cada capital de estado.

O contexto político e econômico dos anos 30 do século XX promove inflexões na relação trabalho, educação e saúde. Como exemplo de estruturas governamentais, temos a criação do Ministério da Educação e da Saúde, em 1930 e a instituição da Inspeção do Ensino Profissional Técnico.

Significativo no pensamento educacional brasileiro da época, o movimento chamado de Escola Nova vai evidenciar a educação profissional como ponto necessário para as reformas educacionais.

A Constituição de 1937, no que tange à área educacional, apresenta retrocessos em relação à Constituição de 1934. Cite-se como exemplo marcante, a não fixação de um percentual mínimo de recursos que a União e os Estados devem destinar de forma exclusiva para a educação. Nas palavras de Paiva (1987), a educação, neste período, como instrumento de propagação da ideolo-

² Para melhor explicitação da história da educação profissional no Brasil, colônia e império, ver Santos (2000).

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

gia do Estado populista "(...)compunha o quadro estratégico governamental da solução da "questão social" e do combate à subversão ideológica..." (p. 132). Cabe notar, nesse passo da análise, que se tratava de 'questão social' como eufemismo para classes sociais em conflito numa sociedade capitalista pobre e atrasada, questão esta na maioria das vezes tratada como caso de polícia, para lembrar aqui Washington Luís. E, no conjunto das estratégias políticas que caracterizam o populismo, 'combate à subversão ideológica' pela via direta da repressão policial, mas também na forma de alianças, de concessões, de movimentos visando cooptar opositores mais brandos e flexíveis.

Observa-se que é ainda na ditadura do Estado Novo que as Leis Orgânicas de Ensino começam a ser decretadas. Mencionamos aqui a Lei Orgânica do Ensino Secundário ou decreto-lei n. 4.244; o decreto-lei n. 4.073, que organizava o ensino industrial e, em dezembro de 1943, a Lei Orgânica do Ensino Comercial. Leis que passam a influir, a disciplinar e a definir pontos importantes no mundo do trabalho comercial e industrial, mostrando a clara intenção de ocupar espaço político pela via pública e burocrática, diminuindo assim a influência dos opositores organizados na vida civil da sociedade, não tutelados pelo Estado e não integrados a seu projeto de representação 'orgânica' da sociedade.³

O ensino médio – secundário e técnico-profissionalizante – vai apresentar característica dual. O secundário com formação humanística e científica (clássico e científico), continuando a preparar para a universidade, e o ensino técnico-profissionalizante preocupado com a formação para o trabalho. Define-se, com isso, uma hierarquia do acesso às oportunidades e postos de mando na sociedade, com uma clivagem de classe que não escapa à análise crítica, tendo ao fundo uma bem nítida divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual.

Como ajuda a entender Romanelli (1989), a Reforma Capanema (leis orgânicas de ensino referentes ao ensino profissionalizante), não vislumbra poder atender, de imediato, às demandas e ao modelo de trabalhador para o processo de industrialização, sendo este um dos motivos da criação do Serviço Nacional da Indústria (Senai), em 1942, e do Serviço Nacional do Comércio (Senac) em 1946, em convênio com a Confederação Nacional de Indústrias e

³ Sobre a relação sociedade civil e Estado, ver Pereira e Linhares, texto "O Estado e as políticas sociais no capitalismo", e Braga, texto "A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI", ambos no livro *Sociedade Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Confederação Nacional do Comércio, pondo em evidência mudanças e permanências da passagem da sociedade escravista para a republicana, da economia exportadora de matérias-primas para o processo de substituição de importações, industrializando o país e buscando criar um mercado interno brasileiro. Mas, para tanto, era necessária a formação profissional e educativa que a imensa maioria dos trabalhadores brasileiros não tinha. Ainda nos dias de hoje, guardadas as proporções, não temos uma escolaridade compatível com o salto tecnológico que vivemos no capitalismo global e avançado neste início do século XXI.

Em relação ao trabalho na saúde e seus desdobramentos na qualificação dos seus profissionais, merecem destaque a criação em 1942 do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) e a implantação dos programas de extensão de cobertura, como propostas que embasaram princípios da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa de Saúde da Família (PSF) (Corbo & Morosini, 2004).

Em 1946, após a queda do Estado Novo, é promulgada nova Constituição no país. Em relação à educação, a Constituição de 46 pode ser considerada mais progressista que a de 1937, pois recupera a obrigatoriedade da aplicação de um percentual mínimo de recurso por parte da União e dos Estados, e estabelece que a União deve legislar sobre as diretrizes e bases da educação nacional. Assim, foram criadas as leis do Ensino Primário e o Ensino Normal. O ensino primário apresentava duas modalidades: o fundamental, em quatro anos, e o supletivo, em dois.

Pode-se dizer que a sociedade toda se beneficia, mesmo que dentro de certos limites, do clima de razoável democracia que o país vive com o final da ditadura Vargas, a urbanização e a tardia industrialização, os movimentos culturais, as formas organizadas de luta dos trabalhadores, dos estudantes e dos intelectuais, no campo e na cidade. Esses fatos marcam uma acumulação crítica, difícil e contraditória, que teria seu limite com o golpe militar de 1964.

No entanto, como quase sempre acontece, o Brasil formal e burocrático esbarra com o Brasil real, inseparável da vida cotidiana dos excluídos dos benefícios do progresso e da vida civilizada. E as necessárias reformas para a verdadeira superação do Brasil doente, de pés descalços, dos trabalhadores devorados pela malária, pela febre amarela, pelo impaludismo, pela tuberculose, pelos vermes, pela subnutrição, esbarram nos interesses restritos do patriciado brasileiro.

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Patriciado de formação rural, escravista, olhando o mundo pela ótica da Casa Grande e que, no contexto político e econômico posterior à Segunda Guerra Mundial, da Guerra Fria e de sua geopolítica, precisa adaptar-se às exigências da modernização capitalista, conservadora e tardia, que vai definindo os rumos do Brasil. É nos limites postos por esse desenvolvimento dependente e tardio que serão debatidas e formuladas as políticas públicas para a educação e a saúde, não como formulações monolíticas e maniqueístas, mas refletindo o maior ou menor potencial de acumulação crítica conseguido pelos grupos de influência organizada na sociedade brasileira. Como comenta Nunes (1980), é nesse sentido que se pode visualizar a política econômica liberal do governo Dutra (1946-1950), os entraves à formação de um capitalismo nacional do governo Vargas (1950-1954) e a expansão do capitalismo dependente no governo Kubitschek (1955-1960).

Recorrendo novamente à memória da formação profissional de trabalhadores da saúde de nível fundamental e médio, podemos citar a qualificação dos atendentes, no Rio de Janeiro. Dentre as instituições e cursos realizados, ressaltamos o Curso de Primeiros Socorros na Legião Brasileira de Assistência (LBA), com duração de um ano – seis meses de teoria e seis meses de prática. Nesta instituição, as aulas teóricas eram dadas por enfermeiras, os estágios eram realizados no Hospital Gaffrée e Guinle, da Universidade do Rio de Janeiro (Uni-Rio), sob supervisão de enfermeira formada pela Escola de Enfermagem Ana Neri (UFRJ). Esta aprendizagem diz respeito às atividades desenvolvidas desde meados da década de 1940 do século passado pela LBA. Cursos com este teor eram também promovidos pelo Ministério do Trabalho, preocupados com a 'a segurança' e a saúde do trabalhador no que tange a acidentes do trabalho. Outro curso citado era o treinamento em serviço na Promatre, feito por freiras. No período de 1950 a 1975, o treinamento em serviço na Santa Casa de Londrina é outro curso referência na formação de atendentes. Neste curso, foram ensinadas atividades como a preparação de bandejas de cirurgia, esterilização de material, fazer eletrocardiograma, administração de medicamentos e a admissão dos pacientes.

Ressaltamos que, no campo da saúde, ainda na década de 1950, a regulação do trabalho se dava, majoritariamente, através das instituições médicas, havendo ainda uma demanda pública por profissionais que desenvolvessem práticas sanitárias.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Só para lembrar, estavam colocados em cena, disputando a hegemonia, idéias progressistas em busca de racionalização do setor saúde – que passava pela qualificação dos trabalhadores, o que melhoraria a situação de áreas mais empobrecidas da população – e as idéias burocráticas, atreladas à ordem dominante, tendo o planejamento como controle social.

No período de 1948 a 1961 é gestada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, lei n. 4.024, promulgada em 13 de dezembro de 1961, marcada pela luta entre a defesa do ensino público e os defensores da escola privada.

Na saúde, significativa em relação à necessidade de se pensar políticas de formação e de melhor distribuição para a força de trabalho, a III Conferência Nacional de Saúde sinalizou, além da falta e da má distribuição de trabalhadores que atuavam na área de saúde, a necessidade de construir programas de capacitação voltados para esses trabalhadores (Pereira, 2005). O Plano Nacional de Saúde continha a busca de uma racionalidade no setor saúde, apontando como imprescindível uma política de recrutamento, seleção e preparo de técnicos, vislumbrando um ensino descentralizado como o melhor caminho para a qualificação desses trabalhadores.

Em 1960, o Sesp foi transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública que segundo autores como Silva e Dalmaso (2002) funcionou como um 'laboratório' para o aperfeiçoamento dos princípios e normas que hoje fundamentam o Pacs e o PSF. Já nesse modelo havia uma figura – semelhante em alguns aspectos aos agentes comunitários de saúde (ACS) – que era denominado visitador sanitário. Este, além de estar ao lado do serviço de enfermagem nas unidades de saúde, realizava atividades em visitas domiciliares e na comunidade. Ele assumia, contudo, o ponto de vista da instituição de saúde, realizando ações e procedimentos relacionados à prática de enfermagem, tendo um perfil diferenciado dos atuais ACS.

O golpe militar de 1964, consolidado em 1968, ressalta Romanelli (1989), apresenta dois momentos distintos. O primeiro momento corresponde à implantação do regime, de sua política econômica dependente. É quando se verifica um aumento na demanda educacional, que acaba virando pretexto para os acordos do Ministério da Educação e a United States Agency for International Development, conhecidos como acordos (MEC/Usaid). O segundo começa com medidas de curto prazo para enfrentar a crise, mas que vai se desdobrar, entre

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

outros motivos por influência técnica da Usaid, na necessidade, em definitivo, de adotar medidas que adaptem o sistema educacional brasileiro ao modelo de desenvolvimento econômico que aqui se intensificava .

Trata-se, assim, de entender os acordos MEC/Usaid, o Plano Atcon, a Reforma Universitária e a Lei n. 5.692/71 como o cerne de uma política educacional que deixava claro que o modelo de formação do homem adotado era 'técnico', 'neutro', 'pragmático', voltado para o mercado, mero suporte para a 'modernização' do capitalismo.

A IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, tinha como meta a produção de uma política permanente de recursos humanos na saúde. No que tange ao tema recursos humanos, a IV Conferência se propunha a discutir o perfil do profissional demandado, assim como centrava fogo na necessidade de se tecerem estratégias de capacitação para os trabalhadores de nível médio e elementar da saúde.

Outro destaque foi a necessidade de formação profissional de nível médio e elementar, "os auxiliares de nível elementar devem ser preparados ao mínimo possível, pelos próprios órgãos interessados(...) e serem recrutados localmente..." (Brasil, 1967: 1006). Desse modo, com a argumentação de estar atento à diversidade das ações de saúde exigida para estes trabalhadores, é fortalecida a idéia de qualificação profissional descentralizada e mais voltada para os problemas locais.

Ressalta-se que a idéia de formação profissional dos trabalhadores de nível médio e auxiliar explicitada, naquele momento, se fortalece dentro da estratégia de substituição do profissional de ensino superior, em região onde faltam médicos e trabalhadores de nível superior (Brasil, 1967: 103).

Preparar os trabalhadores de nível médio e elementar da saúde para suprir a falta de profissionais de nível superior, no nosso entendimento, é um projeto que não contribui, efetivamente, para a melhoria nas condições de assistência à população. É diferente de um projeto que valorize e qualifique os trabalhadores de nível médio e elementar da saúde para atuarem nas equipes de saúde, mediante a premissa de que as tarefas, que por eles serão executadas, exigem um saber diferenciado do saber médico, quer na prevenção, quer na assistência realizada pelos serviços de saúde.

Cabe ressaltar, na década de 1970, a criação dos Programas de Extensão de Coberturas (Pecs). Segundo Corbo e Morosini, "Os Pecs que tiveram

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

maior expressão no país foram o Programa de Preparação Estratégica Pessoal da Saúde (Preps) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)" (Corbo e Morosini, 2004:159). O primeiro, criado pelo Ministério da Saúde em colaboração com o Ministério da Educação e Cultura e a Opas, tinha por objetivo preparar trabalhadores visando a um processo de extensão de cobertura adequado às diferentes necessidades de diversas regiões e definindo um processo de qualificação de trabalhadores de nível médio e fundamental (Silva e Dalmaso, 2002). O segundo programa citado objetivava a utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutados nas comunidades locais (Souza, 1980).⁴

Dentre as leis adotadas pelo regime militar, no que tange à política educacional, destacam-se a lei n. 5.540, de 28 de novembro de 1968, que vai instituir a organização e funcionamento do ensino superior; os decretos-lei n. 5.379 de 1967, referentes ao Mobral e à legislação de financiamento do mesmo em 1970; e a lei n. 5.692/71 de Reforma de Ensino que fixa as Diretrizes e Bases do ensino de 1º e 2º graus.

Com a Lei n. 5.692/71, o antigo primário e o curso ginásial passaram a formar o 1º grau, visando atender crianças de 7 a 14 anos, e a obrigatoriedade escolar passa de 4 para 8 anos. O 1º e 2º grau passam a ter disciplinas de núcleo comum, obrigatórias, e uma parte diversificada, conforme necessidade da região. O núcleo comum era fixado pelo Conselho Federal de Educação. A referida Lei vai instituir o ensino profissionalizante compulsório no 2º grau, com base na chamada 'qualificação para o trabalho'.

Cerca de 130 habilitações foram criadas para técnicos e auxiliares com o parecer 45/72. Em 1974, o número de habilitações do 2º grau já chegava a 158. As escolas normais foram desativadas, tendo o curso de formação de professores se transformado em mais uma das habilitações oferecidas dentro da mencionada Lei (Cunha, 1985).

Cada habilitação abarca um componente de educação geral e outro específico da categoria. Consta da Lei n. 5.692/71 que, de acordo com a carga horária do currículo, as habilitações de 2º grau poderão formar técnicos (habilitação plena) ou auxiliares (habilitação parcial).

⁴ Sobre o histórico desses programas, ver Corbo, Morosini e Pontes, texto "A saúde da família: história recente da reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Na saúde, para a formação de técnicos é, nesse momento, exigido um mínimo de 2.200 horas, “onde estão incluídas pelo menos 1.200 de conteúdo profissionalizante” e para os auxiliares, 2.200 horas, “...com pelo menos 300 horas de conteúdo profissionalizante(...)” (Nogueira & Santos, s.d.).

Ainda sobre a lei n. 5.692/71, estavam desenhadas como opções para o ensino de 2º grau na saúde: habilitações plenas, habilitações parciais e habilitações básicas.

a habilitação básica, formulada pelo parecer 52/74, é compreendida como o preparo propedêutico numa área específica de atividade. Refere-se, portanto, a uma ‘família de ocupações’ e oferece um currículo dotado de conhecimentos tecnológicos essenciais numa área de atividade como saúde humana, comércio, administração, mecânica, etc(...) o CFE adota uma classificação das habilitações em grandes grupos(...) na área da enfermagem, por exemplo, compõem habilitações afins, além de técnico: o auxiliar de enfermagem, secretária de unidade de internação, auxiliar de documentação médica, visitadora sanitária e outras. (Nogueira & Santos, s.d.: 5).

A lei n. 5.692/71 garante que as habilitações de 2º grau podem ser adquiridas através do exame de ‘suplência profissionalizante’. Como nos ajudam a entender Nogueira e Santos (s.d),

o exame de suplência profissionalizante confere diploma a quem tenha pelo menos dois anos de trabalho em instituições de saúde, com a condição de ser satisfeita a exigência de cumprimento de educação geral, por via regular ou supletiva(...) e, depende de autorização e reconhecimento por parte do sistema educacional(p.6)

Alvo de crítica, por representar o pensamento de uma ditadura, a lei 5.692/71 tem hoje expressiva literatura, quer por sua característica dual e classista, quer por traduzir uma crença infinita na tese desenvolvimentista da economia capitalista.

Nos espaços gerados pelas contradições existentes numa sociedade capitalista, educadores, comprometidos com a profissionalização dos trabalhadores da saúde inseridos nos serviços, vislumbraram brechas, na lei 5.692/71, através do ensino de suplência, para que se viabilizasse uma qualificação profissional por meio de centros formadores – as Escolas Técnicas do Sistema de Saúde – o que daria a esta qualificação uma característica de formação profissional.

Foi sob a égide desta leitura a contrapelo da lei 5.692/71 que foi criado, na década de 1980, o projeto Formação em Larga Escala e, com isto, grande parte das hoje denominadas Escolas Técnicas do SUS.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Na VI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1977 (Brasil, 1977), transparecem, por um lado, o momento de reconstrução da sociedade e a organicidade dos movimentos sociais e, por outro, o agravamento do déficit previdenciário. A VI Conferência passa à história como um retrocesso em relação às ações de saúde. Ainda aqui, cabe ressaltar a maneira como as ações preventivas e educativas cedem espaço às formas privatistas e curativas na área da saúde, organizando interesses privados poderosos, que culminarão, sobretudo ao longo de toda a década de 1990, num processo que visa ao desmonte do Estado, no que ele tem, ou já pode ter, de garantia de um mínimo de direitos e de bem-estar para a população pobre.

A LDB 9.394/96, promulgada em 20 de dezembro de 1996, no que tange à organização dos níveis e modalidades de ensino, assim delibera:

Art. 21. A educação escolar compõe-se de: I - educação básica, formada pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio; II - educação superior." Prevê a referida lei que o ensino médio, assim que atendida "a formação geral do educando, poderá prepará-lo para o exercício das profissões técnicas.

Sob a égide da LDB 9.394/96, a educação profissional passa a ser regulamentada, a partir do decreto 2.208 de 17 de abril de 1997. A estrutura da educação profissional passa a ser estruturada nos níveis: básico, que independe da escolaridade do trabalhador; técnico para os que tenham concluído o ensino médio (podendo cursar o ensino médio concomitantemente ao técnico, mas, o aluno só podendo receber o certificado de conclusão da habilitação técnica depois que tiver concluído toda a educação básica); e tecnológico correspondente ao ensino superior da área tecnológica.

Alvo de debate e crítica, dentre elas a de que recompõe a dualidade do ensino, o decreto n. 2.208/97 diz em seu artigo 1º:

A educação profissional, prevista no art.39 da Lei 9394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), observadas as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação, será desenvolvida por meio de cursos e programas de: I- formação inicial e continuada de trabalhadores; II- educação técnica de nível médio; e III- educação profissional tecnológica de graduação e de pós-graduação (Brasil, 1997)

O decreto n. 5.154/2004, que substituiu o decreto n. 2.208 aponta que cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores independente de escolaridade, poderão ser "ofertados segundo itinerários formativos"

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

(Art.3º). O itinerário formativo é entendido, no referido decreto como “conjunto de etapas que compõem a organização da educação profissional em uma determinada área, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos” (Art.3º, parágrafo 1º).

A educação técnica de nível médio, nos termos do decreto, será desenvolvida de forma articulada com o ensino médio, nas seguintes formas:

I - Integrada, para quem já tenha concluído o ensino fundamental, com matrícula única para cada aluno;

II - Concomitante, para quem já tenha concluído o ensino fundamental ou esteja cursando o ensino médio, na qual a complementariedade entre a educação profissional técnica de nível médio e o ensino médio pressupõe a existência de matrículas distintas para cada curso, podendo ocorrer: a) na mesma instituição de ensino; b) em instituições de ensino distintas;

III - Subseqüente, para quem já tenha concluído o ensino médio (Decreto n. 5.154, de 23 de julho de 2004)

História das Instituições: marcos significativos na educação profissional em saúde

Ainda que pesem as contribuições dadas pela Santa Casa de Misericórdia, a LBA e outras instituições à formação de trabalhadores da saúde, neste momento do texto vamos nos deter a uma história recente engendrada pelas relações sociais hegemônicas e contra-hegemônicas estabelecidas. Nesta história, os atores principais são educadores da saúde e suas lutas por projetos a favor de instituições chamadas a responder à educação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental. Neste sentido, nos deteremos ao projeto de Formação em Larga Escala, aos Centros Formadores e Escolas Técnicas do SUS e ao projeto político e pedagógico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

O Projeto de Formação em Larga Escala

O projeto Larga Escala, criado na década de 1980, e já mencionado anteriormente como o que possibilitou a viabilização de Escolas e Centros Formadores do SUS, possibilitou estratégias que conduziram à viabilização de escolas e

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

centros formadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Surgiu devido à necessidade de promoção e melhoria da formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde – que era realizada, majoritariamente, pelas instituições de saúde. Trata-se de um projeto de cooperação interinstitucional, oriundo do Acordo de Recursos Humano firmado entre o Ministério da Saúde, o MEC, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Opas, que tem por objetivo a formação profissional dos trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde (Pereira & Ramos, 2006).

O projeto Larga Escala é entendido pelo Ministério da Saúde como proposta que alia pontos positivos da formação profissionalizante realizada tanto pelos serviços de saúde quanto pelas instituições educacionais.

Trata-se de combinar num único mecanismo três elementos essenciais: a) O ensino supletivo, que confere flexibilidade em termos de carga horária, tempo de formação, corpo docente etc, e está dirigida a indivíduos (já admitidos, ou em processo de seleção), que realmente optaram pelo engajamento nesse setor de mercado de trabalho; b) O treinamento em serviço que proporciona melhor ajustamento entre o tipo de qualificação e as necessidades operacionais das instituições de saúde; c) O caráter de habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional, o que enseja o estabelecimento de padrões mínimos para o processo de capacitação, facilita a promoção profissional e o acesso a outros níveis de formação.” (Brasil, 1982: 19)

A descrição da metodologia do projeto Larga Escala apresenta a experiência do ensino supletivo como instrumento que valida as diferentes etapas de uma educação continuada. A proposta do Larga Escala afirma que é imprescindível para a implementação do projeto a existência de um centro formador, em cada estado, e que seja reconhecido pelo sistema de ensino. Estes centros de formação cumpririam duas funções: uma administrativa, fazendo registro de matrículas, emitindo certificados, dentre outras atividades – que forneceriam as condições formais de validade; e outra pedagógica, preparando os supervisores – instrutores da rede de serviços; elaborando e fazendo a seleção de material educativo, acompanhando e avaliando o aluno e o processo como um todo. Esse centro formador atuaria de maneira descentralizada, ou seja, “Uma escola aberta, que se estenderia ao local onde o aprendizado estivesse ocorrendo, extra-muros, para motivar o aluno, segui-lo e avaliá-lo ao longo de todo o processo dispensando, portanto, exames específicos de suplência.” (Brasil, 1982: 20). Esses centros formadores viriam a ser as Escolas Técnicas do SUS.

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

As Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS

Até a década de 1980, as iniciativas em favor da profissionalização do nível médio da saúde eram pulverizadas e realizadas, com uma certa concepção de treinamento, configurando ações mecanicistas. Mesmo quando alguns desses treinamentos eram úteis (pela necessidade e/ou mesmo pelo empenho dos trabalhadores envolvidos), ainda restava resolver a questão da certificação, necessária no mercado de trabalho e requerida pelos trabalhadores da área. A questão da certificação se somava, portanto, à necessidade de melhorar o processo ensino-aprendizagem sem perder de vista a necessidade de melhores condições de realização das ações de saúde. Essas circunstâncias mencionadas levaram a enfermeira Izabel dos Santos (nome reconhecido na luta pela profissionalização dos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde) a estudar e investigar a legislação do ensino vigente na maior parte da década de 1970 e durante a década de 1980.

Eu comecei a me preocupar em analisar a legislação de ensino vigente. E a legislação era assim, toda estruturada para cursos formais regulares, e pelo menos, pelo jeito com que os gestores educacionais falavam, para que o pessoal do nível médio pudesse fazer curso, tinham que ser retirados durante um ano, ou então ficar trabalhando à noite, todas as noites durante um ano para poder fazer o curso. E aí o número de trabalhadores que podia fazer isso era muito pequeno(...) eu precisava de um pacto que pegasse toda a força de trabalho, e aí comecei a estudar a legislação(...) e ficava aquele problema na minha cabeça, a pergunta minha era essa: será que existe uma forma de flexibilizar essa legislação para eles poderem fazer os cursos em serviço? De aproveitar o próprio trabalho como uma forma de espaço educacional? Essa era a pergunta que fazia e saía perguntando a todo mundo. (Santos apud Pereira, 2002: 130)

A professora Ena Galvão, uma das pessoas de referência na luta pelas Escolas Técnicas do SUS, narra e reafirma a busca por brechas na lei de ensino, que tornaram legalmente possível a construção deste projeto de formação profissional.

Tinha-se a idéia de uma Escola. Uma pessoa do MEC tinha ajudado a elaborar o regimento, mas a Escola Técnica do Sistema de Saúde era muito diferente daquelas respaldadas pelos Conselhos de Educação. Eu, vinda do MEC trabalhar na equipe com a Isabel dos Santos e outros profissionais, custei também a aprender o que a saúde queria. No início tudo o que a Isabel dos Santos falava eu dizia assim: 'Não, a lei não permite'. E ela me deu uma bronca e disse: 'Eu sei, sei ler a lei, eu não estou precisando que alguém interprete a lei por mim, eu estou precisando de

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

alguém que me ajude a operacionalizar essa lei'. Eu falei: não. Você está precisando de um especialista não em lei; você está precisando de alguém em casos omissos e dúvidas suscitadas. Ela riu e disse: 'É isso mesmo que eu estou querendo.' (Galvão apud Pereira, 2002, p.130-31)

Os parâmetros da Escola Técnica pretendida eram outros, diferentes daqueles da escola regular. Aquele 'estudante-trabalhador' era completamente diferente de um aluno de escola regular. A faixa etária variada, o nível de escolaridade variado, geograficamente disperso dentro do serviço, sem a menor possibilidade de pagar um curso em (proponho adendar a preposição) que eles pudessem estar se qualificando. Este projeto singular de escola, inicialmente era pouco compreendido pelos Conselhos Estaduais de Educação. Segundo a leitura da professora Ena Galvão, a dificuldade inicialmente colocada pelo MEC para compreender o projeto das Escolas Técnicas do SUS se dava também em função do fato que

O MEC não tinha o mundo do trabalho incorporado na sua prática, faltava a experiência advinda do mundo do trabalho. Em tese o MEC tem a rede de escolas técnicas e agrotécnicas, mas elas são autarquias, são autônomas e, na maioria das vezes, desenvolvem as suas fórmulas, os seus currículos, suas metodologias. (Galvão apud Pereira, 2002: 131)

Fazer do Larga Escala uma política descentralizada através das Escolas Técnicas do Sistema de Saúde atuando nos serviços de saúde, não era um projeto de substituição ao ensino nas escolas técnicas 'regulares'. Nas palavras de Izabel dos Santos:

É uma política para os trabalhadores empregados. Nós não somos concorrentes das escolas que estão ainda preparando para o mercado, pois entendíamos que elas deviam continuar, porque é ótimo que os trabalhadores venham bem formados. Essas escolas do SUS eram voltadas para dentro do SUS, para as pessoas que trabalham nos serviços. (Santos, apud Pereira 2002: 131)

Para que fosse possível a implantação do Projeto Larga Escala, a lei n. 5.692/71, no que diz respeito à suplência, foi então trabalhada, de forma que viabilizasse possibilidades de certificação e funcionamento das Escolas Técnicas do Sistema de Saúde, garantindo a sua atuação em serviços de saúde:

Foi uma batalha feroz nos Conselhos Estaduais de Educação, batalhas de anos. Íamos lá, discutíamos, voltávamos(...) até que um dia perguntamos: por que não se coloca esse tipo de escola em caráter experimental? A lei 5692/71 permitia, e eles não podiam dizer não, e assim essas escolas foram sendo criadas, mas em caráter experimental. (Santos apud Pereira 2002: 132).

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Esse processo de construção das escolas era muito controlado e exigia grande organização. Os Conselhos Estaduais de Educação exigiam relatórios parciais para que as escolas, depois de certo tempo, fossem consideradas regulares. Os trabalhadores que executavam os projetos apresentavam algumas dificuldades como a de elaborar relatórios e mesmo de conciliar a produção dos relatórios com a grande quantidade de trabalho exigido.

Os relatórios tinham que ser muito bem cuidados, e aí tinha Conselho Estadual de Educação que recusava o relatório(...) o que criava um problema social, os alunos não podiam receber os diplomas(...) foi preciso muita loucura mesmo para eu ter insistido nisso. Mas fomos, fomos, e todo mundo foi ganhando confiança, experiência e a questão da descentralização, a escola função foi se desenvolvendo(...) Havia um preconceito muito grande no sistema educacional sobre o ensino supletivo. Quando eu conversava com uma pessoa da educação geral, ela dizia que era escola de segunda qualidade, um atraso, cursos desclassificados(...) O parecer 699, o valor dele, quem descobriu fomos nós. O pessoal da educação tinha o maior preconceito. Eles não usavam o parecer 699 na sua plenitude, eles só tinham experiência como o exame de suplência, que era abominável mesmo, antidemocrático, e os educadores que tinham mais consistência teórica não queriam esse tipo de avaliação. (Santos apud Pereira 2002: 132).

Negando o exame de suplência, presente na 5.692/71, o projeto educacional instituído através das Escolas Técnicas do Sistema de Saúde, como parte da luta travada pela formação profissional dos trabalhadores de nível médio inseridos nos serviços de saúde, utilizava aspectos da qualificação para o trabalho contidos na lei, recuperando possibilidade de qualificação e propondo a avaliação no processo.

E assim foi, nós fomos negociando, negociando, até que o povo da educação foi aceitando, até que a gente estruturou uma escola, ela passou a funcionar, nós a colocamos como modelo nacional, e fomos deslocando os processos para junto dos serviços, junto do trabalho. Portanto, fomos considerando o espaço da assistência como um espaço de ensino também. Foi mudando o conceito de escola, sala de aula, e o espaço de prestação de cuidado, ressaltado também como um espaço educacional. (Santos apud Pereira 2002: 132.)

Além das dificuldades pela crítica feita por parte de profissionais da educação à 5.692/71, havia entraves postos pela burocracia, assim como os preconceitos de profissionais de nível superior da saúde em relação aos trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde. Este último aspecto é reforçado pela 'naturalização das ações' destes profissionais somada

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

à divisão social do trabalho, produzindo portanto preconceitos e outras formas de opressão e alienação

Algumas enfermeiras achavam que esses trabalhadores não tinham capacidade de aprender, que eles eram de uma natureza inferior, que não tinham capacidade de superar, enfim, pensamentos que só fazem acentuar a exclusão. Eu tentava fazer com que elas (as enfermeiras) entendessem. Mas, isso não foi fácil. Talvez tenha sido mais difícil convencer as enfermeiras do que o diálogo com a educação. Era difícil fazê-las acreditar que isso era uma questão de oportunidade, que os trabalhadores eram normais como outro aluno qualquer, que ele tinha sofrido um processo de exclusão, e que nós não éramos assim porque nós não tínhamos sido excluídos, nós tivemos chance de ir à escola. Foi muita luta para convencê-las, uma das coisas mais difíceis(...) e até hoje ainda é, apesar de ter melhorado muito. (Santos apud Pereira 2002: 133.).

No início, o projeto Larga Escala se voltou para o trabalho da enfermagem, que apresentava o maior número de trabalhadores pouco escolarizados, cuja condição gerava dificuldades e situações graves de erro, como, por exemplo, quanto ao medicamento a ser ministrado. A enfermagem é majoritária, mas outros setores da saúde, como o de laboratório (diagnósticos técnicos errados e manipulação errada do material coletado), foram percebendo a importância do trabalho do nível médio e fundamental e constatando a necessidade de promover a qualificação profissional dos trabalhadores envolvidos nas ações de saúde. Ou seja, quem puxou esse processo da luta pela formação foi a enfermagem, mas também outros setores foram percebendo, tomando consciência de que não podiam tratar aquele segmento como vinha sendo tratado

Como se os trabalhadores fossem descerebrados, que não tomavam decisão, era simplesmente aquela divisão rígida, divisão vertical técnica do trabalho, o cara do nível médio não podia falar, não podia desobedecer, era um taylorismo rigorosamente instituído, com supervisões perversas, autoritárias e nós fomos também discutindo com a supervisão sobre o processo pedagógico, o momento pedagógico e não de punição, enfim a discussão foi atravessando todos os conceitos com os quais a saúde vinha lidando com (Santos apud Pereira 2002: 134.)

À medida em que foi avançando e ganhando materialidade, esse processo de formação dos trabalhadores da saúde, foi-se colocando a necessidade de traçar estratégias metodológicas de ensino que ajudassem a transmissão do conhecimento, ao mesmo tempo aproveitando a experiência profissional cotidiana desses alunos-trabalhadores.

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

A transmissão do conhecimento pura e simples não dava conta, pois esses trabalhadores apresentavam um déficit muito grande na educação geral, muitas vezes não entendiam o que se falava(...) Então a gente tinha que fazer um tipo de ensino que possa se ajustar a característica desse trabalhador, que era muito concreto (precisa cheirar, tocar, para melhor compreender) era preciso trazer para o concreto o conhecimento a ser transmitido, e aí sim, a partir daí ir teorizando com ele(...) Ajudar a fazer uma abordagem e ajudar para que eles (alunos-trabalhadores) entendam o que a gente diz. Nós temos que encontrar uma forma de alcançá-los. Agora, reprovar em massa não adianta. Pode até ser que na Universidade isso seja muito bonito, determinados professores que reprovam em massa os alunos. Mas aqui, reprovar em massa, significa deixá-los no trabalho produzindo práticas de risco para o usuário. (Santos apud Pereira 2002: 134)

Paulatinamente, foram sendo colocadas em prática técnicas que facilitassem a compreensão do conhecimento que estava sendo transmitido. No mesmo passo, o processo ensino-aprendizagem sendo realizado no cotidiano dos serviços se deparava com as deformações no processo de trabalho em saúde, oriundas das más condições dos estabelecimentos de saúde. Em relatos dos supervisores, encontra-se a preocupação com o ensino que se valia de simulações, promovendo condições ideais de trabalho durante o processo ensino-aprendizagem que se distanciavam daquelas encontradas realmente no dia-a-dia do serviço.

Tratava-se então de ensinar sem banalizar o conhecimento e promover a crítica ao 'improvisado' (como solução permanente) que na maioria dos casos se traduz em risco para o paciente e para o trabalhador da saúde. Na prática do ensino a crítica à simulação mencionada pode ser ilustrada por cenas como:

Quando estava ensinando, trazia uma bandeja artificial e ensinava tudo certinho, depois carregava a bandeja e o trabalhador ficava lá pra prestar o cuidado, com o material que tinha(...) então não deve-se fazer isso, e sim, usar o processo de formação como um processo de discussão de melhoria das condições dos serviços prestados à população. Se o hospital não tinha o material, tinha que ter, pois o paciente estava lá internado, então tinha que trabalhar junto com o processo de formação, com todo mundo ali, a busca de equipamento, o processo tecnológico. (Santos apud Pereira 2002: 135)

Formar profissionais de saúde não significa, em nenhum nível, a mera adaptação ao existente, com seus fetiches e formas de alienação. Ao invés da informação fragmentada e distorcida, dos fatos e dados parciais, postos fora de contexto, trata-se do trabalho paciente de criticar, mediar, construir uma per-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

cepção crítica do profissional de nível médio que trabalha nos serviços de saúde. O que implica conhecimentos teóricos e práticos, culturais e técnicos, qualificando o trabalho e o cidadão, no contexto do respeito, da remuneração justa, da participação ativa no cotidiano dos serviços de saúde, na visão crítica qualificada em relação ao país e suas contradições.

As Escolas Técnicas trabalham com um mínimo de quadro fixo (profissionais da saúde atuando como docentes) e com ampla maioria de profissionais contratados, o que constitui, no nosso entendimento, um problema, pois se torna difícil, dessa forma, comprometer os docentes com um projeto pedagógico. Esse fato traduz mais uma negociação para tornar as Escolas Técnicas do SUS viáveis. Ou seja, essa condição é dada pelas circunstâncias econômicas e políticas, para 'baratear' o custo das escolas. Nesta negociação, o vínculo precário dos profissionais que atuam na docência não é o melhor para o processo ensino-aprendizagem, pois o quadro fixo de professores possibilitaria uma melhor qualificação desses docentes. Como nos alerta Santos:

As Escolas Técnicas funcionando com um quadro fixo mínimo foi uma estratégia que eu adotei diante da adversidade dos gestores. Quando os gestores ainda não estavam motivados para as escolas, o que eu fiz? Se eu fosse colocar uma escola completa, eles iam dizer que era cara, aí eu falava assim: você coloca um núcleo mínimo, um coordenador, e os docentes você paga os do serviço. Era também uma forma dos docentes ganharem mais dinheiro e você não tinha aquela estrutura pesada orçamentária, onde eles podiam me derrubar, derrubar o projeto, era mais uma estratégia conjuntural, pois eu sei que quando a gente tem um quadro de docentes mais fixo, você pode melhorar a qualidade deles. Ou seja, isso por um lado é vantagem, mas por outro(...) (Santos apud Pereira 2002: 136)

Em relação aos gestores, percebemos que a viabilização e o maior ou menor grau de sucesso das Escolas Técnicas do SUS, a maioria estaduais, dependerão da concepção e compromisso político em relação à saúde, seja em relação à assistência de qualidade para a população, seja em relação à formação e direitos dos trabalhadores de nível médio e fundamental, demonstrados pelas gestões.

Como processo político que é, a luta pelas Escolas Técnicas do SUS ganhou força quanto maior foi o compromisso do gestor com a saúde pública, e o entendimento de que uma assistência de qualidade passa necessariamente por uma melhor formação dos trabalhadores que ali atuam. Com o mesmo

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

sentido, a luta pela profissionalização dos trabalhadores da saúde é também luta por um projeto político da sociedade. Nas palavras de Izabel dos Santos:

Na medida em que os partidos de esquerda foram ganhando prefeituras, eles foram colocando na sua pauta de governo os processos de profissionalização do pessoal de nível médio, isso ajudou muito ao projeto Larga Escala e portanto a instituição das Escolas Técnicas do SUS. Com as secretarias de esquerda, como a de São Paulo, com o PT, por exemplo, nós tivemos um ganho muito grande, que foi para a complementaridade da educação geral, como a Educação Fundamental era a nível municipal, você pegava uma Prefeitura do PT e as portas se abriam, tanto que na escola municipal de lá ela tinha um componente enorme de educação geral, para todos os trabalhadores independente da formação profissional, podia ser servente, técnico, vigia, eles deram muita força nisso, também em outros lugares fizeram isso. (Santos apud Pereira 2002: 136)

Em relação à organização dos Centros Formadores/Escolas Técnicas de Saúde do SUS, podemos observar que estes apresentam variações, embora, todos os centros de formação possuam: direção, secretaria escolar, departamento administrativo e financeiro e uma coordenação pedagógica. Têm como finalidade e missão institucional promover a profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde que não possuem qualificação profissional para exercer ações na área, procurando formá-los de acordo com os novos modelos assistenciais.

As Escolas Técnicas do SUS/Centros de Formação são credenciadas pelos Conselhos/Secretarias Estaduais de Educação, como já mencionamos, para certificar os alunos-trabalhadores que freqüentam os cursos por elas promovidos. Algumas escolas formam também profissionais que ainda não estejam empregados no setor saúde. A maioria das Escolas Técnicas do SUS está lotada nas Secretarias Estaduais de Saúde.

Os docentes dos cursos ministrados pelas escolas são do quadro fixo de funcionários (mínimo) e convidados/cedidos, que recebem complementação salarial aquém do desejado. O corpo docente é formado por profissionais da saúde, sendo a maior parte enfermeiros, e os demais psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, com escolaridade até a graduação, existindo também minoritariamente profissionais com pós-graduação. O contingente de trabalhadores que passou pelo processo de profissionalização é significativo.

Nos últimos oito anos, passaram pelo processo de profissionalização aproximadamente 23 mil trabalhadores. Em 1997, esse processo contou

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

com a adesão de 2.077 profissionais de serviços de saúde que, após passarem por capacitações técnicas e pedagógicas, assumem temporariamente a função docente, tornando-se facilitadores do processo ensino-aprendizagem, participando da qualificação de trabalhadores de saúde como instrutores e supervisores das atividades teórico-práticas.” (Sório & Lamarca, 1998: 151)

Entendemos que um dos grandes ganhos promovidos pelas Escolas Técnicas do SUS é o fortalecimento da qualidade pedagógica e a preocupação com a certificação dos trabalhadores já inseridos na área da saúde, rompendo, portanto, com a idéia de que os serviços por si só, através da passagem de experiência entre os trabalhadores, ou através de meros treinamentos, bastariam.

As Escolas Técnicas do SUS e o Profae

Parte da história recente das ETSUS, e ainda em vigência, temos o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae). Não é objetivo deste estudo fazer análise e avaliação do referido Profae, visto que trata-se de projeto ainda existente. Porém não poderíamos deixar ressaltá-lo como um projeto significativo na história recente das ETSUS.

O PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - é produto do Ministério da Saúde, através das Secretarias de Políticas de Saúde e de Gestão de Investimento em Saúde, “com apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Ministério do Trabalho, através do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) “(Brasil, 2000: 3).O referido projeto foi, inicialmente, organizado em dois componentes: “Qualificação profissional e escolarização de trabalhadores da enfermagem” e “Fortalecimento institucional das instâncias formadoras e reguladoras de recursos humanos do SUS”. O guia geral do Profae destaca os objetivos de cada componente:

O objetivo do Componente I é melhorar a qualidade da atenção ambulatorial e hospitalar promovendo a complementação do ensino fundamental e da qualificação profissional dos trabalhadores empregados nos estabelecimentos de saúde (públicos, privados e filantrópicos). O Componente II destina-se a financiar atividades que objetivam viabilizar as ações previstas no Componente I e garantir a sustentabilidade de seus resultados, a longo prazo, mediante o desenvolvimento de atividades de fortalecimento institucional e desenvolvimento de expertises que possibilitem a instituição de processos permanentes de formação e regulação de recursos humanos de nível médio que atendam ao setor saúde. (Brasil, 2000: 3)

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Desenvolvido em nível nacional, de forma descentralizada, a “Qualificação profissional e escolarização de trabalhadores da enfermagem” ficam a cargo de escolas autorizadas pelos Sistemas Estaduais de Educação.

Em relação ao componente II do Profae, voltado para o fortalecimento institucional de instâncias formadoras e reguladoras de trabalhadores do SUS, observamos que no seu projeto original, ele se organiza em quatro subcomponentes, a saber:

- Curso de Especialização para a capacitação de docentes da educação profissional de nível médio da área da saúde;
- Desenvolvimento e implantação de sistema de informação sobre a formação de auxiliar de enfermagem; desenvolvimento e implantação de sistema de competência do auxiliar de enfermagem;
- Modernização administrativa e capacitação técnico-gerencial das Escolas Técnicas de Saúde do SUS;

O Curso de Especialização para a capacitação de docentes da educação profissional de nível médio da área da saúde está sendo realizado com a metodologia da ‘Educação a Distância’, sendo realizado em nível nacional e executado por instituições de âmbito estadual ou regional que trabalhem com ensino em saúde. Atendendo à exigências do Ministério da Educação, desenvolvia atividades teóricas e práticas, abarcando estágio supervisionado, a ser feito com prática pedagógica realizada nos próprios cursos profissionalizantes.

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Criada na década de 1980, mais precisamente em 1985, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, uma das unidades técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), é certamente, outro marco, em nível institucional voltado à educação profissional técnica de nível médio na área da saúde.⁵

Assim como as ETSUS, a EPSJV nega, na sua trajetória, a naturalização das ações desenvolvidas pelos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde.

⁵ A respeito da história da criação da EPSJV, ver EPSJV (2006).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Afinada com o pensamento crítico e progressista das áreas da saúde, da educação, e do trabalho, a EPSJV pode ser considerada como instituição que luta a favor da formação dos trabalhadores, utilizando os espaços gerados pelas contradições em um sistema capitalista.

De inspiração predominantemente baseada em autores como Marx, Gramsci e de educadores atuais como Gaudêncio Frigotto, a EPSJV também é exemplo de tomar a história a contrapelo.

Trazendo para o cenário atual onde se engendra a relação trabalho, educação e saúde, a EPSJV busca incessantemente construir sua política e prática pedagógica baseada na concepção de politecnia. Nesta busca incessante, ressaltamos como eixo central o trabalho como princípio educativo, articulado com a pesquisa como princípio educativo, e a elegia da arte e do pensamento filosófico como inerentes à integração dos conhecimentos científicos, e destes com a vida cotidiana.

Temos como compromisso maior a educação profissional em Saúde, em nível técnico e de formação inicial e continuada, voltada para uma formação ética, política e técnica. Com essa finalidade, são realizados cursos e pesquisas, e traçadas cooperações técnicas em níveis nacional e internacional(...) A proposta de uma formação politécnica em saúde, qualificada e crítica, é construída em dois eixos principais: a formação de jovens e maduros trabalhadores do SUS e da C&T e a formação docente para a área de Educação Profissional... A EPSJV concebe a educação como um projeto de sociedade... é defensora de uma concepção politécnica que dialoga com as circunstâncias societárias atuais. (EPSJV, 2005: 7).

A EPSJV, conforme consta em documentos por ela produzidos, entende:

A educação profissional como parte significativa de um projeto nacional baseado em um conceito democrático de nação e de formação dos trabalhadores da saúde pautada pelas relações sociais(...) O que significa discutir e refletir formas de profissionalização em dimensões de legalização e valorização das profissões. Trata-se ainda da defesa de que para todo trabalhador deve ser garantida a Educação Básica. Este projeto nacional deve contemplar a defesa da Escola Pública. (EPSJV, 2005: 63)

A qualificação de um projeto nacional a favor da educação profissional em saúde é preocupação constante de educadores que fazem essa história. Nas palavras de André Malhão, atual diretor da Escola:⁶

⁶ As declarações de André Malhão foram coletadas em entrevista concedida à autora, realizada em março de 2007.

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

É preciso aumentar o foco e a clareza de projetos como a assessoria e a consultoria às demais escolas técnicas, o fomento à pesquisa, e outros projetos que estão em curso, como a Biblioteca Virtual de Saúde, a Secretaria Técnica da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde, a Cooperação Internacional nesta área, e em especial o mestrado de Educação Profissional em Saúde. (Malhão, 2007)

Professor desde os primeiros anos da EPSJV, Malhão, quando inquerido sobre o Politécnico de 2005, frente aquele implantado na década de 1980, afirma que:

A principal diferença reside no fato de que, hoje, o trabalho da EPSJV de apoio e consolidação da Educação Profissional deve ser compreendido nacionalmente e não apenas pela formação de técnicos de saúde em nível local. Enquanto em 1985 a intenção era fortalecer projetos que surgiam devido à transição para reabertura política, no momento atual, o Politécnico almeja expandir seu espaço. No entanto, acredito que o objetivo da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio continua sendo o mesmo de vinte anos atrás: a consolidação e fortalecimento de uma educação profissional em saúde politécnica, pública e estratégica. (Malhão, 2007).

Ainda sob a égide da lei 5.692/71, a EPSJV conseguiu evitar o aprofundamento da fragmentação dos conhecimentos que a referida lei induzia, não abrindo mão de ter no seu currículo conteúdos e práticas que articulassem a formação geral aos conhecimentos específicos.

Em história recente, a escola se deparou com o ideário das competências, que se fosse implementado na perspectiva do mundo da produção capitalista e de abordagem condutivista, traria um retrocesso ao projeto voltado à emancipação. Mais uma vez, a escola não compromete o seu projeto e consegue através de deslocamento de sentido, através das 'brechas', manter e avançar no seu projeto de educação politécnica traduzido para os dias atuais.

Protagonistas na defesa da escola pública voltada à formação de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde, as escolas técnicas e os centros formadores do SUS, junto com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio têm construído caminhos significativos na história da formação dos trabalhadores da saúde nas últimas décadas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1967.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

- BRASIL. Ministério da Saúde. VI Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de RH. Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde. Brasília, 1982.
- BRASIL. Decreto 2.208, de 17 de abril de 1997. Brasília, 1997.
- BRASIL. Decreto 5.154, de 23 de julho de 2004. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Geral do Profae. Secretaria de Gestão e Investimento em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de incentivo à pesquisa nas Escolas Técnicas em Saúde no âmbito do projeto Profae. Brasília: 2005
- CASTRO, N. A. Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna. In: *Coletânea CBE Trabalho e Educação*. Campinas: Papyrus, 1992.
- RAMOS, M.N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.
- CATANNI, A. Trabalho e Tecnologia. *Dicionário Crítico*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- CORBO, A. & MOROSINI, M. V. G. C. Saúde na Família: história recente da organização da atenção à saúde. In: *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Série Trabalho e Formação em Saúde. RJ: Editora Fiocruz, 2005.
- CUNHA, L. A. Roda-Viva. In: *O Golpe da na Educação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- DADOY, M. La Notion de Qualificacion chez George Friedmam. *Sociologie du Travail*, 1987.
- EPSJV. *Politécnico da Saúde: uma conquista da democracia*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.
- EPSJV. Projeto Político Pedagógico. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2005.
- FREYSSENET, M. Paradigmas Tecnológicos e Políticas de Gestão. In: *Anais do Seminário Internacional – Padrões Tecnológicos e Políticas de Gestão*. São Paulo: USP, 1989.
- LITTLER, C. R. *The Development of the Labour Process in Capitalist Societies*, London: Heinemann, 1986.
- MACHADO, L.R.S. Qualificação do trabalho e relações sociais. In: FIDALGO, F. (Org.). *Gestão do Trabalho e formação do Trabalhador*. Belo Horizonte: Movimento da Cultura Marxista, 1996.
- NOGUEIRA, R. & SANTOS, I. *Formação de Pessoal de Nível Médio*. Brasília, s.d.
- PAIVA, V. *Educação Popular e Educação de Adultos*. São Paulo: Loyola, 1987.
- PEREIRA, I.B. Educação, Trabalho e Saúde: a formação dos profissionais de nível médio da saúde. 1996. Relatório de pesquisa. Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, convênio Fiocruz/Faperj.

HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

- PEREIRA, I.B. A Formação Profissional no Cenário do SUS, 2002. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica.
- PEREIRA, I. B & RAMOS, M. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006 (Coleção Temas em Saúde).
- PEREIRA, I. B. *Políticas de Saúde e Formação de Trabalhador*. Série Trabalho e Formação em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005
- PEREIRA, I.B. Desenhando trajetórias de formação na saúde: as escolas técnicas do SUS. 2006. Relatório de pesquisa. Escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, convênio Fiocruz/Faperj.
- RAMOS, M. N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.
- REZENDE, A.L. M de. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1987.
- ROMANELLI, O. *História da Educação no Brasil*. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 1989.
- SANTOS, I & CHRISTÓFARO, M. A.C. A formação do trabalhador da área da saúde. In: *Divulgação em Saúde para Debate*, 14: 49-52, ago.1996.
- SANTOS, J. A. A trajetória da educação profissional. In: *500 anos de Educação no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
- SAVIANI, D. *Pedagogia Histórico-Crítica*. 6. ed. Campinas: Autores Associados, 1997.
- SAVIANI, D. O choque teórico da politecnicidade. In: *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Ano I, 1: 131-152, mar., 2003.
- SILVA, J.A ; DALMASO, A.S. W. *Agente Comunitário de Saúde – o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- SÓRIO, R. ; LAMARCA, I. Novos desafios das escolas Técnicas do SUS. In: Reforma, tecnologia e recursos Humanos. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 8(2), 1998.
- SOUZA, J. H. A. O Modelo Piass sua programação e sua evolução para o programa nacional de serviços Básicos de Saúde. In: VI Conferência Nacional de Saúde. Anais. Brasília: centro de Documentação do MS, 1980.
- VILLAVICENCIO, D. Por una definición de la cualificación de trabajadores. Madri, *IV Congreso Español de Sociología*, 1992.

O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional¹

*Márcia Valéria G. C. Morosini
Anamaria D'Andrea Corbo
Cátia Guimarães*

Introdução

Este capítulo procura resgatar e analisar as propostas de formação profissional dos agentes comunitários de saúde, bem como os projetos de regulamentação da prática profissional e da vinculação institucional desses trabalhadores. Apresentamos e analisamos as principais questões das propostas em tela, relacionando-as, buscando demonstrar que os embates relativos à natureza do trabalho, à formação requerida para o exercício profissional e à vinculação institucional desses trabalhadores estão presentes no cenário executivo e legislativo brasileiro desde a institucionalização do então Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), pelo Ministério da Saúde, em 1991. Vale ressaltar que, ao longo desse tempo, os agentes comunitários de saúde (ACS) se transformaram em uma força de trabalho numerosa e essencial no contexto da realização da principal estratégia de ampliação de cobertura e reformulação da atenção à saúde no Brasil, atualmente, a Saúde da Família.

Esse cenário se configura como um campo de disputa de diferentes projetos relativos às concepções de trabalho, educação e saúde. Esses embates se traduzem principalmente pela tentativa dos diversos sujeitos envolvidos – trabalhadores, gestores do SUS, centros formadores, representantes dos poderes legislativo e judiciário – de ‘inflexionar’ as políticas relativas à gestão do trabalho e da educação dos ACS, conforme os interesses que representam. Da correlação de forças entre esses sujeitos políticos, resultará a conformação da

¹ Este artigo foi publicado no periódico Trabalho, Educação e Saúde, v. 5, n. 2, p. 261-280, julho de 2007

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

situação desse trabalhador, que se encontra hoje em pleno processo instituinte. A principal arena dessa disputa política tem sido o Legislativo, uma vez que as deliberações a respeito têm sido construídas em forma de lei.

Auxiliados por Silva e Dalmaso² (2002: 15), teceremos um breve histórico que percorre a compreensão do ACS como “um elemento nuclear da realização de determinadas políticas de saúde, em especial de programas que expressam modelos³ para reorientação da assistência à saúde no país.”. Essa reorientação da assistência visa, principalmente, ao deslocamento da atenção à saúde – que se resume à assistência médico-curativa de ação individual – para a atenção integrada à saúde – que compreende a prevenção, a promoção e a assistência como atos contínuos de intervenção sobre a saúde e passa, necessariamente, pelo entendimento da saúde como um processo social resultante das condições de vida da população.⁴

Esses programas partilham a experiência de instituir um trabalhador com a incumbência principal de constituir-se no elemento de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade. Como poderemos observar, essa missão, hoje tão fortemente associada ao ACS, esteve presente em programas anteriores, de ampliação de cobertura para populações específicas.

Restringimo-nos apenas às propostas oficiais – governamentais –, uma vez que compõem políticas públicas e expressam a participação do Estado tanto na construção da realidade sanitária brasileira quanto na instituição de uma realidade de trabalho e formação que, ao longo de décadas, contribui para que se culmine na complexidade em que se realiza a profissão de ACS no presente. Embora o mapeamento relativo à participação de diversas instituições aliadas aos movimentos populares na formação de trabalhadores com atuação na área da saúde não seja o objeto de nosso estudo, identificamos que foi notável também a atuação das instituições religiosas, sobretudo na relação com trabalha-

² No texto de Corbo, Morosini e Pontes “Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde” do livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção, fizemos uma revisão semelhante na obra de Silva, porém, visando a antecedentes da Estratégia Saúde da Família.

³ Sobre modelos assistenciais, ver Silva Júnior e Alves, texto “Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas”, no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção. (N. E.).

⁴ Sobre a construção do conceito de saúde, ver Batistella, texto “Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica”, no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção. (N. E.).

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

dores comunitários. David (2001) e Ramos (2007) destacam o papel das instituições católicas que, para David, atuaram “numa perspectiva transformadora das relações entre profissionais e classes populares” (David, 2001: 62). Ramos (2007), atualmente presidente da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e também ACS em Recife, relembra que, em 1980

as pessoas da comunidade e um grupo técnico com destaque para padres, freiras, médicos, enfermeiras criou o Mops (Movimento Popular em Saúde), já como desdobramento de diversos trabalhos desenvolvidos nos anos 70. Na minha comunidade, tinha o Projeto Diocesano, sob a liderança de Dom Helder, que foi fundamental para a realização do I Encontro Nacional de Experiências em Saúde Comunitária em Lins em 1978 – os grupos diocesanos contavam com 700 pessoas. (Ramos, 2007, Aula inaugural).

Retomando a perspectiva das intervenções de caráter público-estatal, comecemos pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), desenvolvido entre 1942 e 1960, e pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP).⁵ O primeiro foi criado em meio à Segunda Guerra Mundial, por meio de contrato de cooperação que envolveu o Ministério de Estado de Negócios Exteriores do Brasil e representante dos interesses dos Estados Unidos, visando a preservar o aporte de matéria-prima ao grupo de países aliados em guerra – fato que explica a sua focalização na região de extração de borracha e minério de ferro. As atividades inicialmente centravam-se no saneamento e no combate às endemias locais que acometiam a população assistida, entre elas a malária.

As atividades do Sesp ampliaram-se ao ponto de, em 1960, no âmbito do Ministério da Saúde, ser criada a FSESP, que, durante 30 anos, desenvolveu uma série de experiências de ampliação de cobertura, incluindo a assistência médica no campo da saúde pública.

Em relação a esses programas, destaca-se o trabalho de auxiliares conhecidas como visitadoras sanitárias, que atuavam, tanto na unidade de saúde quanto na comunidade, realizando visitas domiciliares, atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento e acompanhamento de grupos de risco e vigilância sanitária, com supervisão e orientação do enfermeiro.

O Pias Nordeste, como ficou conhecida a fase inicial do programa (1976-1979), recrutou, nas próprias comunidades a serem beneficiadas, pessoal de

⁵ Sobre a história das políticas de saúde no Brasil, ver Baptista, texto “História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde”, no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

nível auxiliar, que era também responsável pela mobilização comunitária em torno das metas do programa: implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água, de destino de dejetos, e do lixo; hortas, pomares, criação de animais etc. Os auxiliares eram treinados nos próprios serviços de saúde para as atividades de mobilização social.

Na década de 1980, o Piass atingiu a sua maior expansão, que correspondeu à sua etapa nacional, na qual se destacou o projeto Devale – Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural, Vale do Ribeira –, um braço do Piass nacional em São Paulo, especificamente para regiões de Sorocaba e Vale do Ribeira. No projeto Devale, encontramos agentes de saúde recrutados na própria comunidade, operando postos de saúde rurais e na periferia de centros urbanos, responsáveis por um conjunto de atividades comunitárias e de atenção individual.

Nessa época, já se encontravam, entre outros, os seguintes critérios de seleção: saber ler e escrever, ser maior de idade, ter boa vontade, ter tempo. Podemos encontrar, no projeto Devale, a descrição de preocupações quanto ao treinamento dos agentes de saúde, entre elas, a necessidade de os instrutores respeitarem as características de cada região, o desejo de que o processo de capacitação dos agentes não os afastasse de seu grupo social de origem e a indicação de que o treinamento inicial de somente dois meses deveria ter etapas posteriores garantidas, ao longo da prática nas comunidades.

Notamos que todas as experiências relatadas até aqui são referidas na obra de Silva e Dalmaso (2002), com termos tradicionalmente associados a processos formativos aligeirados que, em geral, objetivam a instrumentalização para a prática, como é o caso de 'treinamento', 'capacitação' e 'instrutores'.

É digna de nota também a afirmação, quanto ao projeto Devale, de que este propunha um modelo de treinamento que visava principalmente a "fortalecer o compromisso e a solidariedade do agente de saúde com a comunidade e prover condições para que ele/ela dispusesse do instrumental adequado e necessário para lidar com os problemas de saúde do grupo" (Silva e Dalmaso, 2002: 38).

Em 1987, teve início o Programa de Agentes de Saúde do Ceará, experiência inédita em dois aspectos: por ter sido a primeira vez que se trabalhou em ampla escala com os ACS e por ter transformado um plano emergencial para a seca, em que se empregavam temporariamente pessoas das regiões

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

atingidas, em um programa de promoção da saúde, utilizando os mesmos recursos de fundos emergenciais do governo federal.

Foram contratados 6.113 trabalhadores, preferencialmente os mais pobres, dos quais a grande maioria era de mulheres, oriundos de 118 municípios diferentes do sertão do Ceará. O treinamento realizou-se durante duas semanas como preparação para um trabalho que durou, inicialmente, entre seis e doze meses.

Nesse segundo momento do Programa de Agentes de Saúde do Ceará, mantém-se a intenção de empregar mulheres nas regiões mais pobres do estado, buscando melhorar a condição social desse grupo.

Os agentes eram eleitos pela comunidade, alegando-se a exigência de que eles residissem na comunidade assistida e de que houvesse participação popular. O treinamento oferecido configurava-se em uma capacitação inicial com duração de dois meses, a cargo da supervisão municipal, enfocando ações de educação e de promoção da participação comunitária.

Em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), institucionalizando uma série de experiências práticas em saúde que se desenvolviam em diversas regiões do país, porém de forma isolada e focal, atendendo populações em situação de maior risco à saúde. Mais tarde, em 1992, o Pnacs foi transformado em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), nomenclatura que permaneceu até o presente e se difundiu nacionalmente.

Inicialmente, o Pacs focalizou a questão da assistência ao grupo materno-infantil, expandindo posteriormente sua abrangência para o apoio à organização da atenção básica em saúde nos municípios. Assim, naquele momento, o elenco de ações básicas de saúde propostas para o ACS estava mais fortemente vinculado à melhoria da saúde das gestantes e crianças do que à atenção às necessidades de saúde da população como um todo. Da mesma forma, tais atividades tinham prioridade de execução em relação àquelas relacionadas à coleta e alimentação de dados primários de saúde que poderiam contribuir para a identificação das causas e determinantes das condições de saúde da população adscrita. Posteriormente, com a entrada da cólera no país, o programa passou a dar mais ênfase aos procedimentos relacionados ao controle e à prevenção desta doença.

O sucesso alcançado pelos municípios que adotaram o Pacs criou condições de possibilidade para a formulação do Programa Saúde da Família (PSF),

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

cujas primeiras equipes começaram a ser formadas em janeiro de 1994, incorporando e ampliando a atuação dos ACS. O sucesso do Pacs foi expresso na alteração de indicadores clássicos da situação de saúde da população,⁶ principalmente a mortalidade infantil. Seus efeitos fizeram-se sentir também no aumento da cobertura vacinal e da prática do aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de idade.

Mais tarde, o Pacs incorporou-se ao PSF e sua expansão passou a estar vinculada a este segundo programa que, por prever uma equipe constituída, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, é considerado um projeto mais adequado para atender às necessidades de saúde da população. Assim, não se organiza implantação isolada do Pacs, a não ser quando for necessária uma estratégia transitória que crie condições para a implantação futura do PSF.

Juntos, Pacs e PSF compreendem a Estratégia Saúde da Família, um conjunto de diretrizes, instrumentos e esforços articulados para viabilizar a reformulação da atenção à saúde a partir da atenção básica no marco do Sistema Único de Saúde (SUS).⁷

Em 1997, com a publicação da portaria n. 1.886, que aprova as normas e diretrizes do Pacs e PSF, foram definidas as atribuições dos ACS de modo que sua atuação estivesse centrada na promoção e prevenção de doenças, de acordo com as prioridades estabelecidas em função das necessidades de saúde identificadas no território ao qual o ACS estava vinculado (Brasil, 1997c)⁸. A portaria vedava ao ACS o desenvolvimento de atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência, no intuito de fortalecer a sua inserção nas ações educativas executadas fora da unidade ambulatorial, bem como a sua participação nas atividades comunitárias.⁹

⁶ Sobre indicadores de saúde, ver Monken e Barcellos, texto "Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário no Programa de Saúde da Família", no livro *O território e o processo saúde-doença*, nesta coleção. (N. E.).

⁷ Sobre a reorganização da atenção básica e o detalhamento da Estratégia Saúde da Família, ver Corbo, Morosini e Pontes, texto "Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

⁸ Sobre promoção, prevenção e vigilância à saúde e a noção de território, ver Monken e Barcellos, texto "Território na promoção e vigilância à saúde", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção. (N. E.).

⁹ Sobre educação popular em saúde e mobilização social, ver Stotz, David e Bornstein, texto "Educação popular em saúde", no livro *Educação e Saúde*, nesta coleção. (N. E.).

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Essas diretrizes foram atualizadas na portaria n. 648, de 2006, que preservou a centralidade das atividades de prevenção e promoção da saúde na concepção do trabalho do ACS, permitindo ao agente o desenvolvimento de ações de saúde nas unidades básicas desde que vinculadas às atribuições definidas na referida portaria.

Em ambos os programas, o ACS é o trabalhador sobre o qual recaem funções estratégicas para a viabilização das metas da atenção preconizada: ser a ponte entre o serviço e a comunidade, estabelecendo aproximações e desenvolvendo vínculos com a população das comunidades atendidas. Tal perspectiva do trabalho do ACS foi reiterada em nossas pesquisas que tematizaram a compreensão de diversos atores sociais (ACS, gestores, docentes da formação) sobre a função do ACS e sua relação com a equipe de saúde (Morosini, 2001; Morosini et al., 2005).

Análises sobre o trabalho do ACS como as de David (2001) e Bornstein (2007) fortalecem a necessidade de se compreender a 'ambigüidade' que permeia o trabalho do ACS – que, por sua vivência singular de membro de comunidade, vê seus conhecimentos de caráter popular postos em diálogo ou mesmo em contraposição com o conhecimento científico fruto das experiências de formação/profissionalização.

Rumo à Formação Profissional

Apesar de o ACS desenvolver um trabalho complexo, caracterizado principalmente pela dimensão educativa, em geral, a sua formação profissional tem-se caracterizado pela precariedade e diversidade, uma vez que, para essa função, desde o Pacs, o Ministério da Saúde estabelecia como critério de escolaridade as habilidades de ler e escrever. A formação profissional restringia-se em geral à capacitação em serviço, realizada pelo enfermeiro-supervisor, no caso do Pacs, ou pela equipe do PSF, operando-se de forma distinta nos diversos municípios que adotaram a Estratégia Saúde da Família.

A mesma portaria que estabeleceu as atribuições dos ACS – a já referida portaria n. 1.886 – estabeleceu também as condições para a formação desses trabalhadores, preconizada como uma capacitação em serviço, realizada de forma continuada, gradual e permanente sob a responsabilidade do enfermeiro, com a participação dos demais membros da equipe.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Segundo Schwartz (1995), a qualificação profissional apresenta três dimensões: a conceitual, relacionada à formação e à certificação profissional; a experimental, relacionada ao conteúdo real da formação, incluindo os saberes tácitos; e a social, que insere a qualificação no âmbito das relações sociais.

Por essa perspectiva, se analisarmos as características da qualificação predominante dos ACS até o momento anterior à proposição da formação técnica, temos uma qualificação classificada, então, como de nível básico da educação profissional, portanto, não regulamentada, sem pré-requisitos e que não confere habilitação. Realizada em forma de capacitação em serviço, essa qualificação tem conteúdos que 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 atividades a serem realizadas.

A (não) escolarização do ACS, justificada pela necessidade de esse trabalhador ser representativo da comunidade em que atua, denota a desvalorização da dimensão conceitual de sua qualificação, o que fortalece a desvalorização social desse trabalhador, sustenta a sua baixa remuneração e se contrapõe à pauta política por uma melhor qualificação dos trabalhadores da saúde, de uma maneira geral.

Outra perspectiva sobre a produção de mecanismos de desvalorização do trabalho do ACS é trazida por Bornstein (2007), que, em seu estudo sobre o processo de trabalho do ACS, identifica práticas de desvio de função deste trabalhador, sobretudo no sentido de responsabilizá-lo pela execução de tarefas burocráticas. Para a autora, a recorrência deste fenômeno deve nos fazer refletir sobre a desvalorização do trabalho do ACS como mediador no trabalho educativo. Acrescentamos também que o desvio de função denota a compreensão do trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redirecionado, segundo as necessidades dos serviços, para atividades que supostamente exigem pouca capacitação.

A capacitação em serviço, muitas vezes também usada como estratégia para a baixa escolarização desses trabalhadores, sugere a valorização da dimensão experimental dessa qualificação, justificada na necessidade de se aproximar a escola do serviço. Porém, quando reduzida a essa dimensão, e sem a mediação das instituições cuja missão principal é o ensino, esse tipo de capacitação pode implicar a redução do conhecimento à realização de atividades e extinguir o espaço da escola em favor do serviço.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Na gestão de José Serra no Ministério da Saúde (1998-2002), ainda no governo Fernando Henrique Cardoso, foi elaborada uma primeira proposta de formação profissional para os ACS que visava prover parâmetros nacionais para a sua profissionalização, em atenção à lei n. 10.507, de julho de 2002 (Brasil, 2002).

Podemos dizer que a lei 10.507, que criou a profissão do ACS, é o resultado de vários debates sobre a vinculação e a natureza do trabalho do agente, que culminou com uma série de ações legislativas sobre o tema. Até a publicação do decreto n. 3.184, de 4 de outubro de 1999, que fixou as diretrizes para o exercício da atividade do ACS, nove projetos de lei (PL) tramitaram no Congresso Nacional com o objetivo de regulamentar a prática profissional dos ACS (Corbo, Pereira e Porto, 1999).¹⁰

A história recente dos ACS no Brasil é um exemplo claro da necessidade de articulação estreita entre as políticas de formação e de gestão do trabalho. Ao mesmo tempo, ilustra, de forma ímpar, as contradições e embates inerentes a essa relação.

Em Busca do Reconhecimento Profissional e da Regularização dos Vínculos

De forma breve, apresentaremos algumas das indicações constantes nos projetos de regulamentação da prática dos ACS, com o intuito de demonstrar que os embates relativos à natureza do trabalho, à formação requerida para o exercício profissional e à vinculação institucional desses trabalhadores estão presentes no cenário executivo e legislativo brasileiro desde a institucionalização do Pacs, pelo Ministério da Saúde, em 1991.

A primeira iniciativa que tramitou no Congresso Nacional com a preocupação de regulamentar o exercício dos agentes foi o PL n. 5.287, de 1990, de autoria de Percival Muniz (Brasil, 1990). O PL argumentava que o agente de saúde pública era um profissional que, por exercer ações educativas na comunidade, desenvolvendo atividades básicas de saúde no domicílio, possuía uma diferenciação em relação aos demais profissionais do setor. A profissão era de

¹⁰ Sobre a relação legislativo-executivo, ver Baptista e Machado, texto "O legislativo e a saúde no Brasil", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

exclusividade daqueles que tivessem concluído o curso especializado, de seis meses de duração, com currículo definido pelo Conselho Federal de Educação. O agente deveria residir na comunidade em que fosse trabalhar, sendo por ela escolhido. O vínculo empregatício se daria em acordo com as normas constantes da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esse PL foi arquivado em 1991.

Em 1993, foi apresentado o PL n. 3.994, de autoria de Paulo Portugal (Brasil, 1993). Nesse projeto, eram especificadas algumas das atividades do agente de saúde comunitária, a saber: ministrar conhecimentos sobre a prevenção de doenças, prestar atendimentos em primeiros socorros, em imunização, em cuidados primários e em vigilância epidemiológica. Era exigido o ensino fundamental completo para o exercício profissional. Com uma forte preocupação com os direitos trabalhistas desse profissional, o projeto previa o pagamento de hora extra diurna e noturna e fixava a jornada de trabalho em seis horas diárias. Foi arquivado em 1995, sem ter sido votado.

Em 1995, o texto final do PL n. 332, de 1995, que continha parecer da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) do Congresso Nacional,¹¹ representou significativo avanço em relação aos projetos anteriores, provavelmente pelo fato de a CSSF ter consultado, para a elaboração do substitutivo, diversas instâncias afins ao tema, como órgãos internacionais, setores do Ministério da Saúde e entidades da área de enfermagem e dos ACS (Brasil, 1995b).

Ao retomar o PL de Paulo Portugal, mantiveram-se as atividades definidas naquele, estabelecendo-se, entretanto, que o Ministério da Saúde, após consulta ao Ministério do Trabalho, regulamentaria as ações de responsabilidade do agente. Seguindo a orientação dos próprios agentes, sugeriu-se a modificação da denominação da categoria de agente de saúde comunitária para 'agente comunitário de saúde', por representar melhor a atuação desses trabalhadores. A escolaridade exigida foi reduzida à 4ª série do ensino fundamental, em contraposição a alguns projetos anteriores que fixavam a escolaridade no ensino fundamental completo. A argumentação utilizada era de que a maior parte dos agentes é oriunda dos estratos mais pobres da população, onde, pelas razões conhecidas, se tem menor possibilidade de concluir o ensino fundamental. Em contrapartida, estabelecia que o empregador deveria, em período a ser determinado, prover a complementação dessa escolaridade.

¹¹ O parecer da CSSF foi assinado pelo então deputado Sergio Arouca, sendo elaborado por ele o próprio substitutivo ao PL original.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

No projeto foi fixada ainda a jornada de trabalho para oito horas diárias, com o intuito de não criar exceções em relação aos demais profissionais de saúde. Entretanto, ao observar-se a especificidade de trabalho dessa categoria, sugeriu-se organização dos trabalhadores para a implementação de contrato coletivo de trabalho,¹² com vistas à melhor discussão e definição da carga horária de trabalho, bem como à definição dos procedimentos relacionados ao pagamento de horas extra.

De forma pioneira, esse projeto restringiu a atuação dos agentes exclusivamente a ambiente externo, “sendo vedada atuação nos serviços laboratoriais, ambulatoriais ou hospitalares, ou como integrante de quadro de pessoal ou de equipe multidisciplinar destes setores” (PL 3994). No relatório da CSSF, não foi dada nenhuma justificativa para esse veto. O projeto foi arquivado sem ter ido a plenário para votação.

Em 1997, novo PL de n. 3.604, de 1997, foi apresentado à Câmara dos Deputados. Nesse projeto também foram exigidos o ensino fundamental completo e a conclusão de curso específico; foram ainda relacionadas algumas das atribuições do ACS (Brasil, 1997a). Todas as ações propostas fazem parte do elenco já definido pelo Ministério da Saúde no documento “Programa de agentes comunitários de saúde”, publicado em 1994. O projeto definiu, pela primeira vez, a competência dos conselhos federal e regionais de enfermagem de fiscalizar a atuação profissional dos ACS. Nos projetos anteriores, a fiscalização desse profissional era de responsabilidade das prefeituras municipais através de seus órgãos de saúde. O projeto foi arquivado em fevereiro de 1999.

Nos anos de 1998 e 1999 ainda foram apresentados mais três PLs (PL no 4.868, de 1998, n. 86, de 1999, e n. 357, de 1999), que reproduziam algumas das questões contidas nos outros PLs anteriores.

No dia 4 de outubro de 1999, pelo decreto n. 3.189, o presidente da República fixou as diretrizes para o exercício da atividade de ACS. Nesse decreto, de forma bastante ampla, definiu-se que o ACS deveria desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde por meio de ações individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. Porém, diferente dos projetos de lei anteriores ao decreto, definiu que a supervisão do agente seria

¹² Na ausência do contrato coletivo, o PL definia um acréscimo percentual no salário sobre o valor da hora adicional trabalhada, e outro para os casos de trabalho noturno.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

realizada por profissional competente, retirando a exclusividade da supervisão do campo da enfermagem. Atrélava também a exigência de escolaridade aos requisitos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1999c).

Finalmente, em 10 de julho de 2002, como já indicamos anteriormente, a lei 10.507 instituiu a profissão de ACS. Sobre essa lei, é necessário destacar que, além de reiterar que os agentes deveriam morar na comunidade em que atuam, como já preconizava o PSF, ela determinou que esses trabalhadores deveriam ter o ensino fundamental completo – excetuando-se os que já exerciam essa ocupação antes daquela data – e deveriam também concluir um curso de qualificação básica. Além disso, delegou ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela definição do conteúdo programático desse curso.

Onde a Formação e a Profissionalização se Cruzam

A lei n. 10.507 teve o papel de reconhecer os ACS como uma categoria profissional e de incentivar o processo de formação desses trabalhadores. Tanto que, no ano seguinte, atendendo a essa determinação legal, na gestão de Humberto Costa no Ministério da Saúde, ainda no primeiro governo Lula, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) iniciou um processo amplo de discussão de um projeto de qualificação para os ACS.

O primeiro projeto em pauta foi uma proposta de qualificação profissional de nível básico que não constituía um itinerário formativo e apresentava uma carga horária de apenas 80 horas, restringindo-se, portanto, às exigências da nova lei.

A continuidade dessa discussão no âmbito do Ministério da Saúde ampliou-se com a participação de diversos atores, inclusive representantes das Escolas Técnicas do SUS, que passaram a discutir um perfil de competências que definisse o trabalho e a formação dos ACS. Resultou desse debate a convicção de que um curso de formação inicial, mais rápido, não daria conta da complexidade do trabalho desses profissionais. Foi construído, então, um *Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*, publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação. Explicando a iniciativa de ir além da qualificação básica que recomendava a lei n. 10.507, diz a apresentação do documento, assinada pelos ministros da Saúde e da Educação:

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

“A relevância deste trabalhador no contexto de mudanças das práticas de saúde e o papel social do Agente Comunitário de Saúde junto à população constituem a necessidade de sua formação, feita em nível técnico e reafirma a intenção governamental de associar educação profissional à elevação de escolaridade”. (Brasil, 2004b: 6).

A proposta de formação técnica dos ACS foi organizada a partir do perfil de competências que, por sua vez, foi pactuado com base em consulta pública organizada pela equipe técnica da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, no final de 2003.

Nesse perfil, as competências atribuídas aos ACS agrupam-se em três conjuntos de habilidades, com a seguinte formulação: 1) desenvolver ações de integração entre as equipes de saúde e as populações adscritas às unidades de saúde; 2) participar das atividades de planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde; 3) desenvolver ações de promoção da saúde; desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco sanitário para a população e desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes (Brasil, 2004b).

O referencial curricular para a formação técnica dos ACS baseou-se nessas competências para definir os três âmbitos de atuação desse trabalhador, a partir dos quais foram construídos também três módulos. O eixo integrador entre os módulos é a promoção da saúde e a prevenção de agravos que têm função de estruturar e integrar o processo formativo (Brasil, 2004b). Em 8 de julho de 2004, a proposta de habilitação técnica para a profissão de ACS foi aprovada em parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE/CEB 19/2004, Brasil, 2004a), homologado em novembro do mesmo ano. Nesse parecer, nota-se a preocupação de que se estabeleça uma proposta formativa comprometida com a elevação concomitante da escolaridade dos ACS. Além disso, é digno de nota o reconhecimento da especificidade dessa formação que, ao mesmo tempo, valoriza o serviço como espaço formativo e constrói um itinerário formativo visando à profissionalização técnica. De acordo com esse parecer, o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde foi construído em itinerários formativos, definidos como “percursos formativos organizados de forma interdependente e que possibilitem uma progressão concomitante à escolarização do trabalhador” (Brasil, 2004a).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

A execução dos cursos de formação técnica dos ACS fica a cargo principalmente das Escolas Técnicas do SUS (Etsus) e dos Centros Formadores de Recursos Humanos em Saúde (Cefor) que compõem a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (Retsus). Ao todo, são 36 instituições distribuídas pelos estados brasileiros. Trata-se de escolas públicas, especificamente voltadas para a área da saúde, ligadas, em sua maioria, às secretarias de saúde dos estados e municípios, cuja principal atribuição é ordenar, orientar e participar da qualificação profissional em saúde, buscando suprir a necessidade de trabalhadores qualificados para o SUS e colaborar na consolidação das políticas públicas de saúde (Reis et al., 2004). Atualmente, mais de 200 mil ACS estão em formação – em sala de aula ou em vias de começar o curso – pelas Escolas Técnicas do SUS de todo o país, em um processo induzido financeiramente pelo Ministério da Saúde.

A educação profissional de nível técnico, ao ser proposta para os ACS, incide, como já vimos, sobre um contexto de formação aligeirada e abreviada, realizada geralmente em serviço, sem requisitos prévios de escolaridade ou de carga horária. Essa nova proposta nos sinaliza com um cenário futuro mais positivo para a qualificação profissional desses trabalhadores.

Ainda em 2004, a Presidência da República emitiu o decreto no 5.154, que revogou o 2.208/97 e, dentre outras coisas, instituiu a formação por itinerários. Essa nova legislação expressa, de certa forma, um novo modo de compreender a educação profissional, que deixa de priorizar os cursos rápidos e isolados do processo formativo (Brasil, 2004c). O incentivo à formação por itinerários significa, nesse contexto, que os cursos de formação inicial e continuada, mesmo aqueles com pouca carga horária, não devem ser desenvolvidos de forma totalmente independente, como um fim em si mesmo, mas, ao contrário, devem ser pensados como etapas de um caminho de formação mais ampla que o aluno poderá seguir. Significa, em última instância, que as instituições de ensino devem ter um compromisso com a continuidade da formação do aluno, reconhecida como um direito. Nesse sentido, a publicação do decreto n. 5.154/2003, pouco tempo depois do lançamento dos *Referenciais Curriculares* do ACS, mostrou que a saúde estava em sintonia com um novo projeto de educação profissional para o país.

Compreendemos que a formação técnica dos ACS por si só não é garantia de que não se incorra em uma formação instrumentalizadora, agora, com o

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

status tecnicado. Para evitar isso, é necessário que essa formação técnica parta do entendimento da educação como um conjunto de práticas sociais que se articulam, baseadas nas ciências, constituindo uma formação que, além de técnica, precisa ser ética e política – no sentido de se aproximar da formação humana.

Como nos ensina Marx (1978), formação humana é entendida como a expressão social do processo de conhecimento e de realização individual que transcende o nível da ação movida pelas necessidades de subsistência. Trata-se, portanto, de compreender a formação humana como expressão de um desenvolvimento individual, mas também coletivo, ou seja, uma particularização de uma forma social de existência.

Desprecarização dos Vínculos: um processo inconcluso

Se a legislação educacional contribuiu para a efetivação da proposta de formação técnica dos ACS, na área da saúde houve muitas reações negativas, vindas, principalmente, dos gestores municipais. Questionava-se a validade de investir na formação técnica de profissionais que, por terem vínculos precários, não tinham garantias de permanência no SUS. Construído como reação à proposta de formação técnica, esse argumento acabou também, de forma indireta, ajudando a fomentar o debate sobre a desprecarização dos vínculos desses profissionais.

Entretanto, é necessário registrar que, em nota técnica, intitulada *Considerações sobre a formação técnica do agente comunitário de saúde*, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass (Brasil, 2006c) – chama atenção para a necessidade de se estabelecer uma formação desses trabalhadores compatível com a complexidade dos problemas de saúde da população. Com esse argumento, o Conass converge para o apoio à formação técnica dos ACS criticando, inclusive, as considerações sobre a relação entre formação técnica e inserção no trabalho, que associa essa formação à pressão por maiores salários. O documento destaca que tal relação pode ser considerada para qualquer função da saúde e, se levada adiante, poderia ser um argumento contra o processo de formação técnica de outras categorias como, por exemplo, o técnico de enfermagem, o que, do nosso ponto de vista, é um contrasenso diante da luta histórica por uma crescente qualificação profissional dos trabalhadores do SUS.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

A batalha política e jurídica começou, de fato, em 2003, quando o Ministério Público do Trabalho (MPT) instaurou o procedimento investigatório n. 160/2003 (Brasil, 2005), que visava apurar a forma de contratação dos ACS pelos municípios e estados – no Ceará, os ACS são vinculados ao governo estadual. O entendimento do MPT era de que, como trabalhadores finalísticos e essenciais para o funcionamento do SUS, os ACS deveriam ser servidores públicos. Para isso, defendia a realização de concurso público, reconhecido pelo inciso II do artigo 37 da Constituição Federal como a única forma de ingresso em cargo ou emprego público no Brasil, excetuando-se as nomeações por meio de gratificação. Com isso, o MPT queria, além de regularizar o vínculo, dar clareza e caráter público ao processo de seleção desses trabalhadores.

Sem capacidade de atuação nos municípios, a estratégia que o MPT encontrou para pressionar os gestores a buscarem uma solução para a situação considerada como de ilegalidade foi ameaçar impedir o repasse de recursos que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) fazia mensalmente para os municípios pagarem os salários dos ACS. A última formalização dessa ameaça aconteceu em dezembro de 2005, por meio de uma notificação recomendatória enviada pelo MPT ao FNS.

A exigência de realização de concurso público, feita pelo MPT, no entanto, foi recebida de forma reticente por diversos setores e instituições da saúde. O impacto que isso significaria na folha de pagamento das prefeituras, dificultando o respeito à Lei de Responsabilidade Fiscal,¹³ foi o argumento utilizado pelo Conasems, representando os interesses dos gestores.¹⁴ Mas o principal problema apontado por diferentes atores era o fato de, em função de seu caráter universal, dado pela Constituição, o concurso público não poder exigir que o candidato tenha residência prévia em determinada região nem que ele continue morando naquele local após a contratação. A interpretação mais recorrente era que contratar os ACS por concurso público significaria ter de abrir mão da exigência de que eles morassem na comunidade em que atuam, característica

¹³ Ficou conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal a Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. 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.

¹⁴ Sobre instâncias de deliberação e pactuação dos gestores no SUS, ver Machado, Lima e Baptista, texto “Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde” no livro *Políticas de Saúde: a organização e operacionalização do SUS*, nesta coleção (N. E.).

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

até então considerada fundamental para o sucesso do PSF por facilitar o vínculo desses trabalhadores com a comunidade. Esse problema pautou as discussões em torno da regularização dos vínculos dos ACS por muito tempo, mobilizando, inclusive, a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), na busca de uma solução alternativa.

Procurando garantir a legalidade na seleção e contratação dos ACS e, ao mesmo tempo, não prejudicar o funcionamento do PSF, foi construída a proposta de emenda constitucional n. 7/03 – votada na Câmara dos Deputados e no Senado Federal e promulgada em fevereiro de 2006 – que deu origem à emenda constitucional n. 51/06. A emenda acrescenta três parágrafos ao artigo 198 da Constituição Federal (Brasil, 2006c). A principal mudança contida na emenda é a criação do processo seletivo público, como alternativa ao concurso público, especificamente para o caso dos ACS e dos agentes de combate às endemias, categoria que conseguiu se fazer representar na PEC nos seus momentos finais de tramitação.

“§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação” (Brasil, 2006c).

Como se trata de uma modalidade jurídica completamente nova, ainda não existe uma definição precisa de processo seletivo público. O texto da lei n. 11.350/2006 estabelece, para o processo seletivo, os mesmos princípios que o artigo 37 da Constituição Federal elenca para o concurso público.

“Art. 9º A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência” (Brasil, 2006b).

Vale ressaltar um deslocamento ocorrido durante todo esse período transcorrido até a aprovação da emenda constitucional n. 51/06. A primeira proposta de emenda constitucional, elaborada pelo deputado Maurício Hands, previa exatamente as mesmas mudanças, mas modificando o artigo 37 da Constituição Federal, que apresenta os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência como norteadores da administração pública. À época, foi aprovada na Comissão de Constituição e Justiça da Câmara

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

dos Deputados um substitutivo dessa PEC que trocou a proposição para o artigo 198, localizado na Seção II (da Saúde) da Constituição. Fazemos esse destaque porque entendemos que essa mudança representa uma preocupação de não fazer do caso específico dos ACS um precedente para a flexibilização do concurso público como forma de contratação de servidores públicos. Daí, parece-nos, que o texto tenha sido modificado no trecho da Constituição que se refere à saúde, evidenciando a especificidade e exclusividade dos trabalhadores a que ele se refere.

Criando o processo seletivo público, a emenda constitucional n. 51/06 garantiu que se pudesse exigir que os ACS que se candidatassem à seleção morassem na comunidade em que trabalhariam. Mas deixou em aberto a decisão sobre uma outra discussão, que acontecia paralelamente, sobre que tipo de vínculo esses profissionais teriam com os municípios. O texto da emenda, no entanto, indicava que uma lei federal deveria dispor sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades desses trabalhadores. Vários projetos de lei chegaram a ser escritos, mas prevaleceu a proposta do Poder Executivo, tornada pública por meio da medida provisória n. 297, emitida em junho de 2006, que, dentre outras decisões, revogou a lei n. 10.507, que criou a profissão do ACS. Aprovada na íntegra na Câmara e no Senado, a medida provisória no 297 se tornou a lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, que regulamenta a emenda constitucional n. 51/06.

O artigo 8º da lei n. 11.350 estabelece que os ACS e agentes de endemias deverão ser contratados por vínculo CLT, exceto nos casos em que alguma lei local determinar outro regime jurídico. Trata-se de vínculo direto com os municípios – sem intermediação de organizações sociais, como vinha acontecendo em muitas regiões – mas sem direito à estabilidade e outros benefícios garantidos pelo regime estatutário. O mesmo argumento utilizado anteriormente, contra a realização de concurso público, de que era preciso garantir modos de exigir que os ACS morassem nas comunidades em que atuam, prevaleceu na definição do vínculo CLT. O parágrafo único do artigo 10 da lei determina que um 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” ou apresentar declaração falsa de residência. Essa exigência não é válida para os agentes de combate às endemias. Outros casos em que o contrato pode ser rescindido unilateralmente pela administração pública são:

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho;

II - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;

III - necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da lei n. 9.801, de 14 de junho de 1999; ou

IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas” (Brasil, 2006b).

Há interpretações de que a determinação de vínculo CLT estabelecida pela lei n. 11.350 tem, na prática, apenas a função indutora, porque, desde a aprovação da emenda constitucional n. 19, de junho de 1998, o parágrafo 3º do artigo 39 da Constituição Federal permite que, por meio de lei local, sejam estabelecidos “requisitos diferenciados de admissão quando a natureza do cargo o exigir”, o que significa que municípios, estados e União podem ter trabalhadores ligados à administração pública com os dois tipos diferentes de vínculo, CLT ou estatutário.

Mas um dos maiores problemas da lei n. 11.350 certamente diz respeito ao âmbito da formação. Ela reproduz exatamente os mesmos requisitos que a lei n. 10.507 elencava para o exercício da função de ACS. E dois desses requisitos são a conclusão do ensino fundamental e de um curso introdutório de formação inicial e continuada – neste último, apenas a nomenclatura foi modificada porque, após o decreto n. 5.154/05, deixou de existir qualificação básica, como já assinalamos. A diferença é que, em 2002, ainda não existia o curso técnico, tal como proposto pelo Ministério da Saúde e aprovado pelo CNE, ambos em 2004.

Uma das conseqüências possíveis dessa desatualização da lei é a prevalência de uma cultura de gestão que, justificada pelos baixos recursos disponíveis para as políticas sociais, como é o caso da saúde, invista apenas o mínimo necessário para evitar a ilegalidade. Nesse caso, alguns municípios poderiam optar apenas pela formação inicial dos seus agentes, o que significaria um retrocesso em relação ao debate público e coletivo que identificou a necessidade de um curso técnico.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Considerações Finais

A despeito da legislação, é preciso considerar dois fatores fundamentais. O primeiro é que, aprovado pelo CNE, o curso técnico de ACS é uma realidade irreversível. Portanto, qualquer discussão que ainda se apresente poderá, no máximo, dizer respeito ao financiamento dessa formação. E aqui entramos no segundo aspecto a ser levado em conta: com mais de 170 mil ACS¹⁵ em sala de aula cursando o primeiro módulo do itinerário técnico (formação inicial) nas Escolas Técnicas do SUS do Brasil, têm-se tornado cada vez mais evidente as transformações que a educação é capaz de fazer no processo de trabalho desses profissionais. Isso tem mobilizado os ACS de todo o país e feito com que a Conacs lute cada vez mais pelo direito desses trabalhadores de se tornarem técnicos. Os resultados da formação e a pressão dos ACS organizados têm sensibilizado também os gestores, levando, inclusive, alguns estados e municípios a financiarem, com recursos próprios, a continuação do itinerário formativo rumo à habilitação técnica.

A expectativa é, então, de que, ao contrário da hipótese desenhada anteriormente, a lei n. 11.350 seja lembrada apenas como aquela que garantiu aos ACS o direito à desprecarização dos vínculos e, conseqüentemente, à maior dignidade no trabalho, e não como aquela que ajudou a cercear o direito desses mesmos trabalhadores a uma formação mais plena, consistente e condizente com as necessidades do SUS.

Referências

- BORNSTEIN, V. J. *O Agente comunitário de saúde na mediação de saberes*. 2007. Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) Fiocruz, Rio de Janeiro.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 5 dez. 1988.
- BRASIL. Projeto de lei n. 5.287, 21 jun. 1990. Regulamenta o exercício da profissão de agente de saúde pública e dá outras providências. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, 21 jun. 1990.
- BRASIL. Projeto de lei n. 3.994, 14 ago. 1993. Dispõe sobre o exercício da profissão de agente de saúde comunitária. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, 14 ago. 1993.

¹⁵ Dados de agosto de 2006 (Brasil, 2006a).

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Mimeo.
- BRASIL. Projeto de lei n. 332-A, 8 abr. 1995. Dispõe sobre o exercício da profissão de agente de saúde comunitária. Brasília: Câmara dos Deputados, 8 abr. 1995a. Mimeo.
- BRASIL. Projeto de lei n. 332-A de 1995. Parecer da Comissão de Seguridade Social e Família. Brasília: Câmara dos Deputados, nov. 1995b. Mimeo.
- BRASIL. Projeto de lei n. 3.604, set. 1997. Dispõe sobre o exercício da profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, set. 1997a. Mimeografado.
- BRASIL. Decreto n. 2.208, 17 abr. 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da lei n. 9.394, 20 dez. 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1997b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/DF2208_97.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2007.
- BRASIL. Portaria n. 1.886, 18 dez. 1997. Aprovas as normas e diretrizes do Pacs e PSF. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 19 dez. 1997c.
- BRASIL. Projeto de lei n. 4.868, 8 dez. 1998. Dispõe sobre o exercício profissional do agente comunitário de saúde. Apensado ao PL n. 3.604 de 1997. Brasília: Câmara dos Deputados, 8 dez. 1998. Mimeo.
- BRASIL. Projeto de lei n. 86, fev. 1999. Dispõe sobre o exercício profissional do agente comunitário de saúde. Brasília: Câmara dos Deputados, fev. 1999a. Mimeo.
- BRASIL. Projeto de lei n. 357 de 1999. Dispõe sobre o exercício profissional do agente comunitário de saúde. Apensado ao PL n. 86 de 1999. Brasília: Câmara dos Deputados, 23 mar. 1999b. Mimeo.
- BRASIL. Decreto n. 3.189, 4 out. 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 5 out. 1999c.
- BRASIL. Lei n. 10.507, 10 jul. 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 11 jul. 2002.
- BRASIL. Proposta de emenda constitucional n. 7, de 2003. Acrescenta §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/363070.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer CEB. Proposta de habilitação técnica para a profissão de agente comunitário de saúde. Brasília, 8 jul. 2004a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/ai/index.php?option=content&task=view&id=79&Itemid=209>>. Acesso em: 4 jun. 2007.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília:Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Decreto n. 5.154, 23 jul. 2004c. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da lei n. 9.394, 20 dez. 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. Procuradoria Regional do Trabalho da 10ª Região. Coordenadoria da Defesa dos Interesses Individuais Homogêneos, Coletivos e difusos. Procedimento Investigatório 0160/2003, 3 mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Relatório de Gestão do Departamento de Gestão da Educação na Saúde: ano 2005*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Lei n. 11.350, 5 out. 2006b. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional n. 51, 14 fev. 2006, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 4 jun. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Considerações sobre a formação do Agente Comunitário de Saúde. Nota Técnica 14/2006c. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2014-06.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2007.

BRASIL. Emenda constitucional 51, 14 fev. 2006c. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc51.htm>. Acesso em: 4 jun. 2007

CORBO, A. D.; PEREIRA, E. M.; PORTO, M. A. Regulamentação da Profissão de Agente Comunitário de Saúde: elementos para discussão. *Relatório final*. Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Trabalho/Setrab-RJ. Centro de Desenvolvimento e Apoio a Programas de Saúde/Cedaps, 1999.

DAVID, H. M. S. L. *Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares*. 2001. Tese de Doutorado. - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fiocruz, Rio de Janeiro.

MARX, K. *Manuscritos econômicos e filosóficos e outros textos escolhidos*. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os pensadores).

MOROSINI, M. V. G. C. *O agente comunitário de saúde no marco da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: desafio à formação em saúde*. Relatório final de pesquisa do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico (Paetec)/EPSJV-Fiocruz/Faperj. Rio de Janeiro, nov. 2001.

_____. *et al. Relatório de atividades da oficina regional de Natal*. Projeto de pesquisa Material Didático para os Docentes do Curso Técnico de ACS: melhoria

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

na Qualidade na Atenção Básica, Programa Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde Pública – SUS. Natal, 16, 17, 18 jun. 2005.

RAMOS, T. *Formação técnica e desprecarização dos ACS: uma luta por cidadania*. Aula inaugural. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Rio de Janeiro, 4 abr. 2007. 1 CD.

REIS, R. C. *et al.* Trabalhar em rede: um desafio para as escolas técnicas do SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 2, n. 1, p. 189-201, 2004.

SCHWARTZ, Y. De la 'qualification' à la 'compétence'. *Education Permanente*, 123, p. 125-138, 1995.

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