

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 735

**A VINCULAÇÃO INSTITUCIONAL DE UM
TRABALHADOR *SUI GENERIS* — O AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Roberto Passos Nogueira*
Frederico Barbosa da Silva*
Zuleide do Valle Oliveira Ramos**

Rio de Janeiro, junho de 2000

* Da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA.

** Assistente de Pesquisa.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO

Martus Tavares - Ministro

Guilherme Dias - Secretário Executivo



Presidente

Roberto Borges Martins

DIRETORIA

Eustáquio José Reis

Gustavo Maia Gomes

Hubimaier Cantuária Santiago

Luís Fernando Tironi

Murilo Lôbo

Ricardo Paes de Barros

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o IPEA fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais e disponibiliza, para a sociedade, elementos necessários ao conhecimento e à solução dos problemas econômicos e sociais do país. Inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro são formulados a partir de estudos e pesquisas realizados pelas equipes de especialistas do IPEA.

Texto para Discussão tem o objetivo de divulgar resultados de estudos desenvolvidos direta ou indiretamente pelo IPEA, bem como trabalhos considerados de relevância para disseminação pelo Instituto, para informar profissionais especializados e colher sugestões.

Tiragem: 103 exemplares

SERVIÇO EDITORIAL

Supervisão Editorial: Nelson Cruz

Revisão: André Pinheiro, Elisabete de Carvalho Soares, Isabel Virginia de Alencar Pires, Lucia Duarte Moreira, Luiz Carlos Palhares e Miriam Nunes da Fonseca

Editoração: Carlos Henrique Santos Vianna, Juliana Ribeiro Eustáquio (estagiária), Rafael Luzente de Lima e Roberto das Chagas Campos

Divulgação: Libanete de Souza Rodrigues e Raul José Cordeiro Lemos

Reprodução Gráfica: Edson Soares e Cláudio de Souza

Rio de Janeiro - RJ

Av. Presidente Antonio Carlos, 51 — 14º andar - CEP 20020-010

Telefax: (21) 220-5533

E-mail: editrj@ipea.gov.br

Brasília - DF

SBS. Q. 1, Bl. J, Ed. BNDES — 10º andar - CEP 70076-900

Telefax: (61) 315-5314

E-mail: editsbs@ipea.gov.br

Home page: <http://www.ipea.gov.br>

© IPEA, 2000

É permitida a reprodução deste texto, desde que obrigatoriamente citada a fonte.

Reproduções para fins comerciais são rigorosamente proibidas.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 - INTRODUÇÃO	1
2 - QUEM SÃO OS ACSs.....	2
3 - DUAS VISÕES DE POLÍTICA SOCIAL	10
4 - VINCULAÇÃO INSTITUCIONAL E DIREITOS DO TRABALHADOR.....	15
5 - ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO PARA A QUESTÃO DA VINCULAÇÃO INSTITUCIONAL.....	19
5.1 - Empregado Público da Secretaria Municipal de Saúde.....	21
5.2 - Autônomo de Cooperativa Contratada pela Secretaria Municipal de Saúde	23
5.3 - Assalariado de Entidade Privada Não-Lucrativa Conveniada com a Secretaria Municipal de Saúde	24
6 - CONCLUSÃO	26
BIBLIOGRAFIA	28

RESUMO

O artigo discute a inserção laboral e institucional do agente comunitário de saúde (ACS) no Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentando-se em dois pressupostos: *a*) que essa inserção seja efetuada com base em relações formais de trabalho, capazes de assegurar o atendimento a seus direitos sociais de trabalhador; e *b*) que seja adequada a seu perfil social de trabalhador *sui generis*, caracterizado pela identificação com a comunidade de onde se origina e o pendor para a ajuda solidária. A primeira exigência deixa de ser cumprida quando os ACSs são mantidos por meio de contratos informais e precários de trabalho, como acontece atualmente com grande parte deles; a outra exigência é negligenciada quando, por exemplo, são equiparados aos demais servidores da estrutura burocrática do município, o que pode favorecer a ruptura de seus laços comunitários. Examinando o leque de possíveis alternativas de vinculação institucional, os autores recomendam que, na medida do possível, os ACSs sejam contratados como empregados celetistas de entidades privadas não-lucrativas, mediante convênios com a Secretaria de Saúde do município. Consideram que a parceria assim criada proporciona um tipo de interface institucional ideal em relação ao cumprimento daquelas duas exigências, vindo a ser parte de um novo paradigma de política social, que explora as vias de potencialização recíproca entre o princípio do Estado e o da comunidade. Finalmente, são reconhecidas as dificuldades existentes para pôr em prática tal paradigma nas condições brasileiras, tendo em conta a imaturidade dessa base institucional de nossa sociedade civil.

ABSTRACT

In this paper, the labor and institutional relations of Community Health Workers (CHW) in Brazil's Unified Health System are discussed. The discussion is based on two basic principles: *a*) that labor relations should situate these workers as part of the formal workforce, with all of the social rights guaranteed; *b*) that these relations be adequately adjusted to the necessary and *sui generis* social characteristics of these workers which include their identification with their community of origin, propensity for promoting solidarity and mutual assistance. The first requirement is abandoned when CHW are maintained with informal or precarious work contracts, as currently occurs with a large part of these workers. The second requirement is neglected when they are treated in the same fashion as other public servants of the municipal bureaucracy, which can lead to rupture of their ties to the community. After studying the range of possible institutional relations, the authors recommend that, to the degree possible, CHW be contracted under the laws for employees which govern the private sector (consolidated labor law) via formal agreements between municipal health offices and non-profit non-governmental organizations. They hold that such a partnership provides an ideal institutional interface to meet the two requirements described above, and is a part of a new social paradigm which explores possible routes of synergy between the Principle of the State and the Principle of the Community. Finally, the difficulties which exist to put such a paradigm into effect under current conditions in Brazil, in light of the immaturity of the institutions in civil society, are cited.

1 - INTRODUÇÃO

Desde sua inauguração como política oficial de governo, a inserção do agente comunitário de saúde (ACS) na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) tem suscitado polêmica a respeito da forma mais adequada de relação de trabalho que deve ser adotada para que se possa contar de modo sustentável com esse tipo de recurso humano. Essa polêmica é alimentada, em parte, pela demanda de atendimento a direitos trabalhistas e sociais, visto que, atualmente, em sua grande maioria, os ACSs estão submetidos a relações informais de trabalho. Também surge do fato de que algumas das alternativas propostas — tal como sua admissão ao quadro de servidores públicos — são muitas vezes encaradas como inadequadas para uma função que exige um relacionamento estreito e permanente com a comunidade onde esses trabalhadores são recrutados. Essa discussão, tendo ocorrido reiteradamente em âmbito nacional e municipal, ficou conhecida como “a questão das modalidades de contratação”.

O conceito que utilizamos aqui é o da *vinculação institucional*, que abrange a dimensão jurídica da relação de trabalho e a dimensão administrativa da relação institucional. A relação jurídica de trabalho pode ser dada pelo regime celetista, enquanto a relação institucional pode realizar-se mediante uma associação comunitária conveniada com a Secretaria de Saúde do município. As duas noções de relação — de trabalho e institucional — entram, assim, no conceito de vinculação institucional.

A respeito de cada uma das formas de vinculação institucional cabe a aplicação de dois tipos de juízo: *a)* se é adequada do ponto de vista do trabalhador, no que se refere à garantia de direitos associados ao trabalho; e *b)* se é adequada do ponto de vista do alcance social das estratégias adotadas por essa política.

Quanto ao primeiro aspecto, parece haver hoje um consenso, nas três esferas de governo e na sociedade de um modo geral, de que os ACSs devem desfrutar dos direitos que são garantidos à maioria dos trabalhadores urbanos e rurais. Isso diz respeito tanto aos benefícios previdenciários quanto aos trabalhistas (férias, abono natalino, licença maternidade etc.), assim como a livre associação para defesa de seus interesses.

As alternativas de vinculação institucional têm de ser ajuizadas considerando igualmente o quanto elas podem facilitar ou dificultar o cumprimento pelo ACS de seu *perfil social*, no sentido que pretendemos explicitar adiante. Esse problema, por sua vez, não pode ser discutido separadamente do significado da política social que dá origem à figura do ACS. Nosso ponto de vista é que a conotação comunitarista desse programa prenuncia um novo paradigma de política social que apenas nesta década começa a ser entendido e ensaiado pelo Estado, mas que, no entanto, ainda não encontra condições concretas para sua generalização, porque é dependente de uma base ampla de iniciativas institucionais de solidariedade por parte da sociedade civil, coisa que ainda não existe no país. A questão da vinculação institucional do ACS está determinada, mas torna-se particularmente problemática devido aos impasses peculiares a essa fase de transição.

Esta análise se baseia parcialmente em entrevistas estruturadas realizadas com dirigentes, coordenadores do programa e lideranças da categoria, na capital federal e em três estados — Ceará, Pernambuco e São Paulo.¹ Os critérios de escolha destes três estados são explicáveis da seguinte maneira. Em primeiro lugar, a necessidade de analisar contextos socioeconômicos distintos, incluindo o Estado de São Paulo em contraposição aos dois outros da região Nordeste. Em segundo, o fato de que Ceará é o pioneiro do programa, com forte influência da autoridade central (a Secretaria Estadual de Saúde), enquanto Pernambuco tem a particularidade de uma organização mais participativa que se dá através de cooperativas de trabalhadores. Embora não constituam um painel efetivamente representativo da diversidade de opiniões sobre o ACS, as funções muito peculiares que exercem, como elo de ligação entre a comunidade e a estrutura oficial de serviços de saúde, ficam bem ilustradas por alguns desses depoimentos, que dão apoio à nossa análise.

2 - QUEM SÃO OS ACSs

Os ACSs, segundo critérios definidos em comum pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias municipais de saúde, são pessoas que, independentemente do nível de escolaridade, cumprem os seguintes requisitos formais, observados em seu processo de recrutamento e seleção:

- residem na comunidade há pelo menos dois anos;
- têm idade mínima de 18 anos;
- sabem ler e escrever; e
- têm disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

Os ACSs podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: *a)* ligados a um centro de saúde comum; e *b)* ligados a uma unidade do PSF, como membro de sua equipe. A equipe do PSF é usualmente composta por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis ACSs. É recomendado que um ACS acompanhe, em média, 550 pessoas de sua comunidade. Recentemente, o Ministério da Saúde tomou a decisão de não mais expandir o número de ACSs sem conexão com o PSF.

Encontram-se em atividade atualmente no país perto de 110 mil agentes do programa, como mostra a Tabela 1. A participação do Nordeste alcançava em 1994 nada menos que 81% dos ACSs, enquanto as regiões Sudeste e Sul não tinham ainda iniciado o programa. Em 1999, o Nordeste havia diminuído sua participação proporcional para 54,2% e as outras duas regiões apareciam,

¹ O trabalho de campo, que possibilitou a coleta dessas entrevistas, foi patrocinado pela Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS do Ministério da Saúde, mediante convênio com a Organização Panamericana da Saúde (OPS), em articulação com a coordenação do Programa de Saúde da Família (PSF). As entrevistas, com coordenadores do programa e lideranças dos ACSs, foram realizadas nas secretarias de saúde desses estados e nos seguintes municípios: Sobral e Maracanaú, no Ceará; Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe e Recife, em Pernambuco; e Mauá e São Bernardo, em São Paulo.

respectivamente, com 8,4% e 13,7%. A estratégia dos ACSs deixou, nesse período, de ser vista como algo destinado limitadamente às comunidades rurais ou periurbanas carentes do Nordeste. Atualmente, municípios altamente urbanizados e industrializados de outras regiões, como a cidade de São Paulo e os que compõem a região do ABC paulista, utilizam os ACSs como parte do PSF, embora estejam preferencialmente alocados em áreas de favelas ou bairros de reconhecida concentração de pobreza. De um modo geral, os dois programas, o dos ACSs e o próprio PSF, foram desenvolvidos ao longo dos anos 90 com uma lógica de seletividade de clientela no âmbito do SUS, demonstrando que é perfeitamente possível realizar experiências de focalização dentro de um sistema que, em princípio, é universalista [ver Viana e Dal Poz (1998)].

Tabela 1
Número e Participação dos ACSs por Unidade Federada — 1994 e 1999

UF/Região	1994		1999	
	Número	%	Número	%
Acre	85	0,3	718	0,6
Amazonas	2.381	8,2	3.356	3,0
Amapá	363	1,2	817	0,7
Pará	1.635	5,6	7.765	7,0
Rondônia	514	1,8	1.833	1,6
Roraima	137	0,5	235	0,2
Tocantins	152	0,5	2.518	2,3
Norte	5.267	18,1	17.242	15,4
Alagoas	1.290	4,4	3.538	3,2
Bahia	2.226	7,7	15.029	13,5
Ceará	8.093	27,8	9.567	8,6
Maranhão	2.517	8,7	7.621	6,8
Paraíba	1.515	5,2	4.572	4,1
Pernambuco	4.195	14,4	9.534	8,5
Piauí	1.990	6,8	4.269	3,8
Rio Grande do Norte	1.282	4,4	3.936	3,5
Sergipe	424	1,5	2.420	2,2
Nordeste	23.532	80,9	60.486	54,2
Distrito Federal	0	0,0	850	0,8
Goiás	299	1,0	4.464	4,0
Mato Grosso do Sul	0	0,0	1.816	1,6
Mato Grosso	0	0,0	2.133	1,9
Centro-Oeste	299	1,0	9.263	8,3
Espírito Santo	0	0,0	1.627	1,5
Minas Gerais	0	0,0	6.261	5,6
Rio de Janeiro	0	0,0	1.506	1,3
São Paulo	0	0,0	4.051	3,6
Sudeste	0	0,0	9.394	8,4
Paraná	0	0,0	4.823	4,3
Rio Grande do Sul	0	0,0	3.420	3,1
Santa Catarina	0	0,0	2.980	2,7
Sul	0	0,0	15.274	13,7
Brasil	29.098	100,0	111.659	100,0

Fonte: MS/PSF/1999.

Nessa política, está implícito um aspecto muito relevante, que abordaremos apenas de forma muito tangencial, que é o referente a seu potencial de impacto sobre a geração de oportunidades de renda e emprego. Se for alcançada a meta do Ministério da Saúde de ampliar o número de equipes de saúde da família para 20 mil, no ano 2002 haverá em atividade no país nada menos que 200 mil ACSs — com maioria de jovens e, sobretudo, de mulheres, que ingressam no mercado de trabalho pela primeira vez, originários de um meio social em que a obtenção de uma renda individual igual ou ligeiramente superior a um salário mínimo representa mais a exceção do que a regra. A magnitude desse número fala por si, e a contribuição que essa política pode dar para a melhoria das condições de vida e trabalho de famílias de baixa renda não é nada desprezível.

De acordo com trabalho realizado pelo Unicef (1990), no Estado do Ceará, os motivos principais que deram origem ao programa de ACS encontram-se na persistência de altos índices de morbidade e mortalidade (principalmente, a infantil) entre a população, devido sobretudo a três fatores:

- a) dificuldade de acesso aos serviços formais de saúde;
- b) carência de informação por parte da população sobre o funcionamento dos serviços de saúde e acerca das formas mais eficazes para que ela mesma proteja sua saúde; e
- c) limitações existentes no trabalho educativo realizado pelos profissionais das unidades de saúde.

Os primórdios do programa no Estado do Ceará estiveram associados aos problemas da seca e da política de frentes de trabalho, comumente adotadas nessa situação de emergência, como nos foi relatado pelo ex-secretário de Saúde daquele estado, Dr. Carlyle Lavor:

“ (...) surgiu uma seca no Ceará e houve a necessidade de empregar as pessoas que estavam sem emprego e passando fome. Então, sugerimos a idéia de empregar mulheres. Sempre nas emergências se empregam os homens, mas há muitas mulheres que não têm marido, que são as donas da casa. Então sugerimos empregar 6 mil mulheres, que era o cálculo que a gente tinha feito de agentes de saúde necessários para o estado. Foram selecionadas 6 mil mulheres dentre aquelas mais pobres do estado, que eram escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, igreja, representantes do estado e município. A gente definiu coisas muito simples e que eram muito importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar o soro oral. Assim, dentro de quatro meses, treinamos 6 mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional. E o mais importante é que fossem pessoas que a comunidade reconhecia, mulheres que merecessem o respeito da comunidade. Assim foi o início do trabalho. Cessou o programa de emergência de atendimento à seca que tinha 200 mil trabalhadores. Mas

essas mulheres da saúde foram as únicas que continuaram a trabalhar, porque o sucesso foi grande demais.”

No início da década de 90, o Ministério da Saúde decidiu estender a experiência dos ACSs para o SUS como um todo. Uma das preocupações iniciais de seus dirigentes foi a de definir claramente o rol de atribuições dessa nova categoria de recursos humanos. Pelo entendimento que se generalizou desde então, o ACS deve realizar as seguintes atividades típicas em seu posto de trabalho:

- a) cadastrar os membros de cada família em sua microárea de atuação;
- b) levantar informações sobre condições locais de saúde e saneamento e participar do respectivo diagnóstico feito com a equipe do programa;
- c) mapear e identificar fatores e áreas de risco à saúde;
- d) realizar visitas domiciliares, mantendo a vigilância sobre as condições de saúde das famílias, com especial atenção para gestantes e crianças;
- e) realizar atividades coletivas na comunidade, incluindo reuniões com mães e grupos de portadores de uma dada patologia, discussão do diagnóstico de saúde da comunidade, planejamento comum de ações etc.; e
- f) efetuar ações intersetoriais, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e a defesa solidária dos direitos de cidadania.

Embora esta lista de atividades típicas seja aqui mencionada de maneira bastante sumária, serve para dar uma idéia do que se pode denominar *perfil ocupacional* do ACS. O conceito de perfil ocupacional ou profissional é de fácil entendimento e comumente formalizado por normas institucionais e legais. No entanto, as atividades típicas nele compreendidas estão sujeitas a variação, ajustando-se a necessidades ditadas pela divisão organizacional do trabalho ou ampliando-se, ao longo do tempo, devido a novas atribuições que passam a ser exigidas de cada categoria.

De qualquer modo, um perfil como tal pode parcialmente se sobrepor ao de outras categorias. Dada a existência dessas sobreposições (como ocorre no caso do auxiliar de enfermagem em relação ao enfermeiro) é comum que as ocupações e profissões sejam classificadas em grupos, pressupondo, não raro, algum grau de subordinação funcional entre seus integrantes. Um dos debates mais candentes que têm ocorrido acerca da figura do ACS relaciona-se com esse enquadramento, de muita relevância para os interesses corporativos que estão presentes no campo das profissões de saúde. Duas têm sido as interpretações dadas:

- a) o ACS pertence ao grupo de enfermagem, em virtude de realizar cuidados de saúde para com as pessoas; e
- b) trata-se de um trabalhador genérico e fora do comum, não tendo similar entre as tradicionais ocupações e profissões da saúde.

A primeira interpretação, defendida pelas entidades de representação do grupo de enfermagem, parte do pressuposto de que as ações de “cuidado às pessoas”, na prática do programa, são muito mais extensivas e importantes do que a versão oficial do perfil ocupacional do ACS. O Conselho Federal de Enfermagem, adotando tal visão, emitiu resoluções e pareceres delimitando melhor as ações “delegáveis” ao ACS, distinguindo-as daquelas de competência exclusiva do enfermeiro e de outros integrantes do grupo de enfermagem. Chamam a atenção, ademais, para a necessidade de qualificação e reconhecimento formal da categoria do ACS, a fim de que não se repita fenômeno similar ao que vinha ocorrendo com os atendentes de enfermagem dos hospitais e centros de saúde, que também não dispõem de qualificação formal. Quanto a esse aspecto, o protesto apresentado pelas entidades de enfermagem ao governo pode ser assim traduzido: se a legislação e a política de recursos humanos vigentes preconizam a qualificação formal do atendente de enfermagem como auxiliar de enfermagem, não faz sentido criar uma nova categoria de profissionais na área de enfermagem sem serem para tanto devidamente capacitados e legalmente reconhecidos.

Entre os dirigentes da profissão de enfermeiro, a posição inicial de combate e denúncia em relação à política de ACS aparentemente vem cedendo lugar, nos últimos tempos, a uma atitude moderada que admite a legitimidade da função de ACS enquanto trabalhador genérico que pode transitar, por meio de estudos formais, para áreas específicas de profissionalização em saúde. Acerca dessa questão, a presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), Eucléia Gomes Vale, prestou-nos depoimento do qual transcrevemos algumas partes:

“O ACS faz o elo — a ponte entre as ações do centro de saúde, os profissionais de saúde e as necessidades e prioridades da comunidade. Não faz parte de nenhuma categoria profissional da área de saúde; é trabalhador genérico com competências ligadas ao treinamento. A denominação agente comunitário de saúde criou uma idéia de que está surgindo um novo profissional, quando o que ocorre é uma formulação de competências para atuar na interação social serviço/comunidade, as quais estão implícitas genericamente nas atribuições do profissional auxiliar de enfermagem, que por sua vez absorve as do visitador sanitário. No caso do ACS, as competências são limitadas. Para ampliá-las só na esfera da profissionalização, quando este passaria a ser auxiliar ou técnico em uma subárea.”

Convém reter quatro preceitos importantes expostos pela presidente da Aben — o ACS é um *trabalhador genérico* e como tal pode exercer a atenção às pessoas, componente de seu perfil ocupacional, de forma *limitada* de acordo com *competências vinculadas a seu treinamento*, podendo, como qualquer outro cidadão, vir a *se qualificar em uma profissão específica da saúde*.

A idéia de que o ACS é um trabalhador genérico pode ser entendida tanto no sentido de que se trata de um não-profissional quanto no de que suas funções transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem bem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população,

situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial. Segundo Graça Barreto, assistente social e ex-coordenadora do programa no Ceará, o ACS foi pensado e criado inicialmente na área de saúde, mas não lhe deve ser imputado esse limite, pois “trabalha com a promoção da pessoa”, que envolve educação, nutrição etc. Isso torna necessário que o ACS desenvolva suas ações com outras pessoas e instituições (não só as de saúde), que atuam em prol do bem-estar da comunidade. Esses atributos de *generalidade* permitem que o ACS não seja visto como uma categoria ocupacional pertencente, ainda que não legitimamente, ao grupo de enfermagem, mas, sim, como uma categoria muito particular, que não deve ser comparada nem agrupada com outras que preexistem historicamente no campo da saúde. Essa particularidade é reforçada pelo fato de a política que lhe deu origem exigir desse recurso humano um *perfil social* fora do comum, cuja natureza examinamos a seguir.

O papel que o ACS exerce na relação com a comunidade tem de ser contemplado com prioridade na sua caracterização, que abrange dois aspectos fundamentais: *a)* identidade com a comunidade; e *b)* pendor para a ajuda solidária, conforme freqüentemente preconizado pelas instituições oficiais que conduzem o programa.

a) Identidade com a comunidade

“O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma pessoa da própria comunidade, que vive vida igual à de seus vizinhos, mas que está preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e também da saúde da comunidade” (Documento do Ministério da Saúde).

b) Pendor para a ajuda solidária

“O objetivo principal do Programa é melhorar a competência da comunidade de cuidar de sua própria saúde. Os Agentes de Saúde são selecionados entre os moradores da comunidade que, em geral, já apresentam uma tendência natural de atender algumas demandas das famílias na sua vizinhança” (Documento da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará).

Pode-se dizer, interpretando esse pressuposto político-teórico, que o papel social do ACS junto às comunidades confere legitimidade e eficácia *humana* ou *cultural* a seu perfil ocupacional, e isto é justamente o que o transforma num recurso humano fora do comum. Uma expressão usada com bastante freqüência para caracterizar o ACS é que ele atua como *ponte* ou *elo* entre a comunidade e as instituições de saúde. Mas essa função de “ponte” pode ser concebida de maneira mais vasta, compreendendo o acesso aos direitos de cidadania de modo geral.

Detectamos entre os entrevistados uma convicção generalizada de que o desempenho do ACS — tanto nas ações específicas relacionadas com a saúde quanto na articulação intersetorial de ações de governo — é favorecido quando os requisitos formais para sua seleção são reforçados pela presença daqueles dois requisitos que têm a ver com seu papel social: identificação com a comunidade e pendor para a ajuda solidária. Quer dizer, do ponto de vista da eficácia técnica (de resultados) e também da eficiência no uso de recursos, acredita-se que a utilização

do ACS produz melhores resultados quando essa categoria é selecionada e atua continuamente tendo em devida conta esses dois atributos. Aparentemente, eles são exigidos mesmo nas condições em que há um grau relativamente destacado de desenvolvimento econômico-social por parte da população que se beneficia do programa, como acontece em vários municípios das regiões Sul e Sudeste, inclusive em São Paulo. Vale sublinhar que, nesta discussão, a palavra *comunidade* é sinônimo de sociedade civil, não remetendo, necessariamente, à noção de pobreza. No caso de estarem ausentes, talvez a categoria em questão não seja o ACS propriamente dito.²

Foi perguntado aos entrevistados o que é um ACS e o que este tem de específico em relação às demais categorias que participam da equipe de um centro de saúde. Reproduzimos, a seguir, algumas das respostas que nos parecem mais esclarecedoras a esse respeito e que servem para caracterizar adequadamente o papel social do ACS:

- “A caracterização básica do agente comunitário é que ele representa um elemento novo na constituição de uma equipe de saúde, com o foco que tem na comunidade, sendo uma pessoa da comunidade que tem um pé no serviço. A gente sempre diz isto: um pé na comunidade e um pé no serviço, ao mesmo tempo. Acho que essa vinculação do agente comunitário, sendo alguém da comunidade, é uma coisa fundamental para o perfil do desenvolvimento do trabalho dele, para o perfil do próprio agente comunitário; quer dizer, ele faz uma representação da comunidade dentro do serviço de saúde; essa ponte é fundamental para o processo de reorientação do próprio sistema local de saúde” (Heloísa Machado, coordenadora nacional do PSF/PACS).
- “É um profissional de saúde que é mais comunidade do que profissional de saúde. Esta é a grande diferença, pois ele está muito mais perto da comunidade do que do sistema de saúde, recebeu um treinamento para entender a linguagem da saúde e comunicar-se com sua comunidade. Foi escolhido por ser um indivíduo em destaque na comunidade. Destaque, no sentido de saber comunicar-se, por ser uma pessoa que se comunica bem com seus vizinhos, morar na vizinhança, bem como traduzir bem para os profissionais de saúde aquilo que está acontecendo na comunidade. Ele não se origina do sistema de saúde; normalmente, há os demais profissionais que são chamados para a saúde; ele, não. E uma das coisas que se verifica é que esse laço que ele tem com a comunidade é muito forte, ele se sente mais ligado com a comunidade do que o próprio sistema de saúde, enquanto os demais profissionais de saúde são muito mais serviço de saúde. Isso faz uma grande diferença, uma vez que a formação dele é menor do que a dos demais profissionais; é a menor formação, mas a qualidade dele é essa ligação com a comunidade. Algumas

² Azevedo da Silva (1999) propõe-se a investigar a hipótese segundo a qual os ACSs do Programa Qualis no Município de São Paulo têm “mais especificidades que analogias aos seus congêneres” de outras regiões do país. A pergunta que se deve levantar adicionalmente a esse respeito é sobre o quanto tais especificidades, se comprovadas, comprometem ou não a vigência dos dois atributos mencionados.

coisas são importantes, ele tem treinamento continuado — talvez seja o profissional que tem maior treinamento continuado —, também tem permanente supervisão e é avaliado mensalmente. Isso não acontece com nenhum outro profissional de saúde. As tarefas são muito objetivas, os objetivos do trabalho dele são bem-definidos, o que também nem sempre acontece com a maioria dos profissionais de saúde. Ele tem muito mais liberdade para trabalhar porque tem muito mais objetivos a alcançar. O trabalho dele é definido mais por objetivos do que por processos de trabalho” (Carlyle Lavor, mentor do programa no Ceará e ex-Secretário de Saúde de Estado).

- “ (...) Ele é o elo de ligação maior entre os serviços de maneira geral, hoje eu já nem digo mais só serviços de saúde, porque em outras áreas também a gente trabalha uma intersetorialidade tão grande que o agente de saúde é uma pessoa principal, é a principal referência para a comunidade, seja para prestar um serviço seja para trabalhar em parceria como um informante-chave da própria comunidade” (Fátima Francelino, coordenadora municipal do programa em Sobral, Ceará).
- “A única diferença que o agente comunitário tem da população geral de onde ele mora é que ele tem formação sobre saúde muito maior; mas enquanto cultura, enquanto costume, ele é uma pessoa igual ao próprio bairro, à própria comunidade; ele é a cara da comunidade onde mora, em que trabalha, daí também vem a importância de ele trabalhar onde mora, porque é uma pessoa que se identifica, que tem uma convivência, não só enquanto vizinho, mas enquanto característica da comunidade” (Tereza Ramos, liderança estadual dos ACSs em Pernambuco).
- “Olha, um dia eu estava em uma reunião e vi um médico que acha tão interessante o programa de agente de saúde e ele é um médico; ele dizia assim: ‘Olhe, o médico e o enfermeiro sempre existiram e o agente de saúde não, ele é uma coisa nova, é uma descoberta.’ Onde os médicos não iriam o agente de saúde vai agora, porque agora o médico também vai. Onde havia muitas coisas que o médico não sabia, o agente de saúde descobriu. A gente anda em cada pedaço que vocês nem imaginam; quer dizer, o agente de saúde, quando chega numa casa pra conversar, vai ouvir tanta coisa que às vezes não tem nada a ver com a saúde. A gente senta ali, o pessoal tem uma confiança tão grande na gente, que conta os problemas todos deles. A gente acaba naquele dia nem falando de saúde pra ela, porque aquela pessoa confia na gente. Então eu acho que o agente de saúde não é só agente de saúde porque ele é tudo naquela comunidade, de tanta é a confiança que as pessoas têm na gente (...)” (Ana Maria do Nascimento, liderança local dos ACSs em Sobral, Ceará).
- “(...) O vínculo fundamental dele é com a comunidade e há também a articulação com o serviço, ele faz esses dois papéis. A identificação maior não deveria ser com a profissão, seria com o trabalho junto à comunidade. (...) Pode ser que a profissionalização dê um perfil de corporativismo que eventualmente não seja interessante. (...) Eu temo que se crie uma rigidez,

principalmente quando se considera a estrutura de profissões que se tem nesse país, onde cada profissão tenta definir o que pode ou não pode fazer, e o que outro não pode fazer. Essa briga, que acaba ocorrendo entre as profissões para delimitar campos de atuação, poderia caminhar muito para o engessamento do trabalho do agente comunitário” (Paulo Seixas, assessor do PSF da Secretaria Estadual de São Paulo).

- “A gente mora no bairro, próximo a pessoas com quem a gente trabalha, e morando no bairro, a gente conhece mais as pessoas, as pessoas conhecem mais a gente. Quando do começo do treinamento eu falei: eu poderia até não conhecer todas as pessoas, mas com certeza todas me conheciam ali. Então fica mais fácil, porque a gente está mais na intimidade delas, fica mais próximo, fica sabendo mais coisas. A gente é uma ponte entre a unidade de saúde e os moradores. O que diferencia é isto: é que a gente está na rua, então a gente está vendo o que está acontecendo, a gente sabe, e quando a gente não vê, eles nos procuram para falar” (Sônia, agente comunitária de Mauá, São Paulo).

Esses depoimentos ilustram de que maneira devem ser articulados os dois atributos sociais básicos do ACS — identificação com a comunidade e pendor para a ajuda solidária — e reforçam a impressão inicial de que tais atributos têm a ver com valores culturais compartilhados, com a confiança que o ACS desperta nas pessoas, com sua liderança natural e com uma ação que não se restrinja aos objetivos de saúde. O que nos parece possível destacar, a partir dessas respostas sobre o que é o ACS e o que ele tem de diferente em relação aos demais trabalhadores de saúde, é a importância do papel social que ele exerce ao atuar como mediador entre distintas esferas de organização da vida social.

Com base nesses depoimentos, propomos que o papel de mediador social exercido pelo ACS seja assim resumido: *é um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.*

3 - DUAS VISÕES DE POLÍTICA SOCIAL

Ao desempenhar a tão propalada função de elo entre os serviços de saúde prestados pelo Estado e a comunidade, o ACS não poderia deixar de ser vulnerável aos conflitos de opinião que vêm marcando recentemente a redefinição da relação entre obrigações do Estado e as responsabilidades dos cidadãos. Nesse sentido, pretendemos caracterizar dois tipos de interpretação, fortemente contrastantes, acerca do que é o ACS enquanto parte de uma política social.

A interpretação que denominaremos *utilitarista* aceita, implicitamente, que os trabalhos de promoção comunitária e de bem-estar realizados pelo ACS são partes essenciais das obrigações devidas por um Estado contemporâneo a seus cidadãos.

Quer dizer, a ação do ACS seria parte do campo sempre em ampliação daquilo que os teóricos da sociologia política denominam cidadania social, cuja culminância histórica é dada pelo Estado de Bem-Estar. Segundo afirma Esping-Andersen (1990), com apoio no trabalho de Marshall, o esforço de construção de uma cidadania social, por meio da ampliação gradual dos direitos sociais, constitui o âmago mesmo do Estado de Bem-Estar.

De acordo com essa interpretação, assim como cabe ao Estado garantir o fornecimento de equipamentos e insumos, cabe-lhe também prover recursos humanos adequados às condições de vida das pessoas e necessários à promoção de seu bem-estar. Portanto, o ACS seria uma espécie de recurso humano “simplificado” e “tecnologicamente adequado” que o Estado utiliza para alcançar os fins de uma política de bem-estar em comunidades carentes. Essa versão dá ênfase à adequação cultural, tecnológica e econômica que é possível obter mediante o uso desse tipo de recurso humano, que é também um portador dos direitos que o Estado tem como dívida para com certos grupos sociais.

Embora a concepção de cidadania social seja, na sua origem, de corte social-democrata, a interpretação utilitarista do ACS alimenta-se frequentemente de exemplos retirados das experiências socialistas da União Soviética e da China. Por exemplo, Rocha (1998) inicia seu opúsculo com a seguinte narrativa:

“A idéia de criar a função de agente comunitário de saúde vem de muito longe. O primeiro registro sobre este tipo de trabalho, ou similar aos ACSs, foi na Mongólia, China, há cerca de 50 anos. Camponeses eram recrutados pelas organizações locais do Estado, começando pelo interior, e eram treinados para dar os primeiros socorros. Como nômades, eles andavam em grupo de quatro a cinco e acampavam em vilarejos e pequenos agrupamentos onde atuavam como enfermeiros, conhecidos como ajudantes de saúde.”

Portanto, sendo o ACS visto na qualidade de um trabalhador de extração comunitária, mas posto a serviço do Estado, é natural que sejam reivindicadas a seu favor condições de acesso a cargos e carreiras similares às que são aplicadas aos funcionários públicos. Essa percepção do problema da vinculação institucional dos ACSs é reforçada por um precedente histórico, o dos “auxiliares de saúde” utilizados pelos programas de extensão de cobertura da década de 70. Embora, à semelhança dos ACSs atuais, tenham sido recrutados na comunidade para trabalhar em postos de saúde, foram admitidos como funcionários regulares e, posteriormente, chegaram a ser qualificados formalmente como auxiliares de enfermagem. Os que defendem esta posição, falam da necessidade de fazer justiça aos ACSs — já que eles são “usados” pelo Estado, cumpre oferecer-lhes prerrogativas de trabalho que os coloquem em igualdade com os funcionários públicos do SUS.

Já a interpretação que denominamos *solidarista* está mais de acordo com tudo o que antes observamos acerca do papel social do ACS. Afirma, em síntese, que o ACS atua na qualidade de um mediador entre o Estado e a comunidade, não sendo

um trabalhador a serviço exclusivo de nenhum dos dois. O ACS encontra-se na contingência de ter de lidar com uma missão que tem um duplo objetivo: facilitar acesso a direitos sociais e ajudar no cumprimento de certos deveres de solidariedade por parte da própria comunidade. Portanto, sua função como trabalhador não poderia ser identificada nem com a do funcionário público, nem com a de um voluntário comunitário típico, como é o agente da Pastoral da Criança da Igreja Católica.

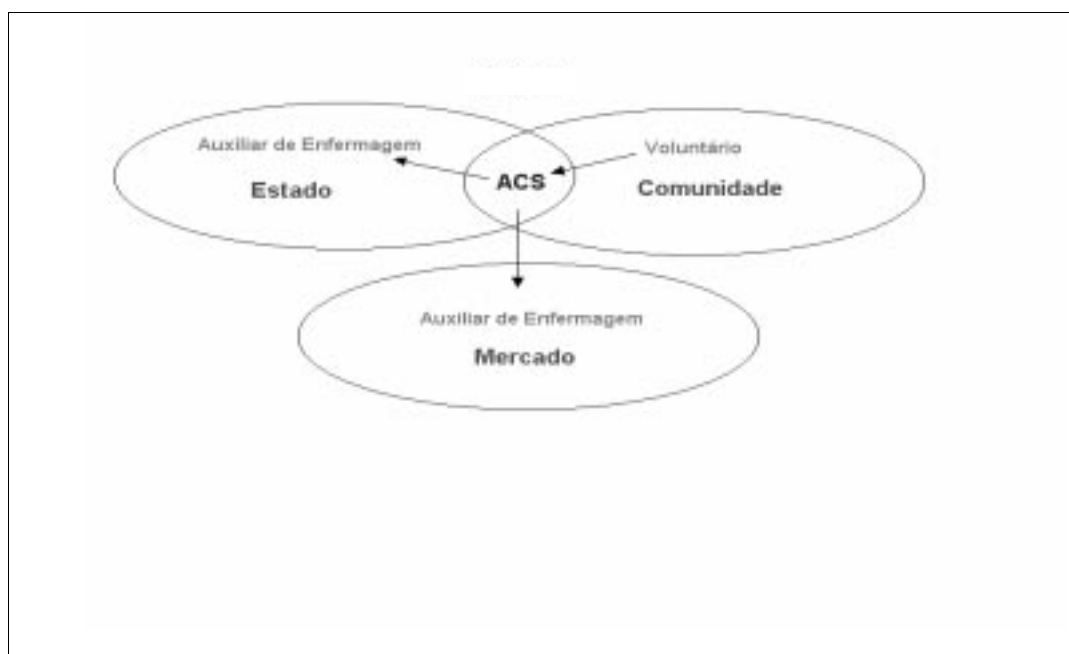
Essa idéia é difícil de aceitar quando se está preso ao paradigma dos direitos sociais clássicos, que julga existir, na relação do Estado com seus cidadãos mais carentes, uma “dívida social” a ser resgatada pela ação das políticas sociais [Rosanvallon (1998, p. 129 e ss.)]. A visão solidarista entende, ao contrário, que a comunidade (ou a sociedade civil) deve a si certas obrigações morais mínimas, a começar pelo dever da solidariedade. À objeção de que isto pode acarretar um retrocesso na história de conquista de direitos sociais, Rosanvallon (p. 138) responde que direitos e obrigações acabam por exercer um reforço dialético entre si:

“A obrigação não é unívoca. Não é limitação que onere exclusivamente uma parte; ela exerce também uma imposição positiva sobre a própria sociedade, convidando-a a levar a sério os direitos. Entre o direito social tradicional e a assistência social paternalista, abre-se assim o caminho de uma implicação recíproca do indivíduo e da sociedade. Abrem-se as portas para um novo direito social, a igual distância do Estado-Providência passivo, cujo custo não é mais possível financiar, e da velha sociedade assistencial, a que ninguém quer retornar.”

O que propomos aqui, como linha de doutrina para interpretar o trabalho do ACS, é que ele seja visto como um operacionalizador de uma das inúmeras interfaces que é possível imaginar existir entre esses direitos e obrigações. Ele ajuda a abrir as portas da solidariedade comunitária, mas também as de acesso aos direitos sociais, incluindo saúde e outras dimensões do bem-estar, pelo fato de levar às famílias necessitadas recursos e conhecimentos organizados pelo Estado.

Essa interface, para que funcione bem, tem de desfrutar de certo grau de autonomia política e econômica em relação ao aparelho de Estado. O ACS não pode estar subordinado hierarquicamente aos poderes de mando típicos da burocracia. Enfim, não deveria ser transformado em mero “efetor” a serviço da burocracia de Estado. Por outro lado, não pode ser entendido como pertencente por inteiro ao chamado terceiro setor, porque suas ações são orientadas por um programa financiado e dirigido pelo Estado.

Os ACSs habitam essa interface, embora não de forma definitiva, porque lhes é facultado, como a qualquer outro trabalhador, migrar para o lado do Estado ou do mercado, a depender de sua ulterior qualificação no mundo das profissões. Pode acontecer, por exemplo, como tem-se visto com muita frequência, que se qualifiquem em cursos de auxiliar de enfermagem. A figura a seguir pretende ilustrar a exata posição dos ACSs nessa interface e suas possibilidades.



Referente ao alcance e formato das políticas sociais, coube ao programa Comunidade Solidária o mérito de ter lançado a discussão sobre o lugar que cabe ao ACS nas relações entre Estado e sociedade civil. Ana Maria Peliano, técnica do IPEA e ex-secretária executiva desse importante programa do governo federal, em depoimento que nos prestou, assim explica as razões dessa valorização do papel social do ACS:

“Na Comunidade Solidária nós sempre tivemos a preocupação de valorizar a figura do agente comunitário, porque víamos que era uma coisa nova, uma alternativa de atendimento à população, de sair daquele atendimento burocrático do servidor público para ser um atendimento com gente da própria comunidade, com envolvimento comunitário. Quer dizer, esse valor de ter uma pessoa da própria comunidade, selecionada na comunidade, com identificação com os problemas da comunidade, isso vinha muito ao encontro do que nós estávamos trabalhando em um programa que se chama Comunidade Solidária, e eu costumava falar para os agentes comunitários que eles são os próprios agentes da solidariedade, porque inclusive a gente percebe que nesse trabalho dos agentes tem muito disso, a solidariedade. Eles acabam se envolvendo com as famílias, essa coisa de ir na casa das pessoas, acho que isso dá uma nova relação com a comunidade, diferente da que eles tinham quando iam ao posto de saúde. Nesse caso, a pessoa vem, mas você não sabe de onde ela vem, onde ela mora, quais são as condições. Essa relação de entrar na casa das pessoas, acho que já faz uma diferença.”

O problema da vinculação institucional não poderia deixar de estar dependente dessa compreensão — ficava claro que não convinha criar mais um posto de servidor público para albergá-los, promovendo uma concessão ao paradigma que denominamos utilitarista. Pode-se afirmar que a interpretação solidarista passou a

ser uma filosofia intrínseca de orientação do programa no âmbito do Ministério da Saúde, a despeito das múltiplas dificuldades que ainda existem para operacionalizá-la como uma prática institucional generalizada. A questão foi colocada de maneira muito clara em documento elaborado em conjunto pelo Ministério da Saúde e o programa Comunidade Solidária (1997), nos seguintes termos:

“As características da atuação dos ACSs exigem modalidades de contratação compatíveis com seus propósitos de trabalho, assegurando, acima de tudo, sua identificação e relacionamento com a comunidade em que vivem e trabalham.”

Um importante impulso nessa direção foi dado em 1999, com a promulgação da lei que regulamenta a parceria de entidades estatais com as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), que são ONGs devidamente reconhecidas na qualidade de representantes de um interesse público. Na proposição desse novo instrumento legal, a Comunidade Solidária teve papel de destaque. As Oscips automaticamente passaram a representar uma das melhores opções para a vinculação institucional dos ACSs, na medida em que constituem operadores legítimos dessa interface institucional entre Estado e comunidade (ou sociedade civil). É possível conceituar a atuação dos ACSs como *idealmente* resultante de uma parceria entre o Estado e o terceiro setor, tendo por base de operação certas ONGs reconhecidas na qualidade de Oscips.

O programa dos ACSs pode ser visto como um exemplo, entre outros, de um novo paradigma de políticas sociais, de emergência muito recente, centrado na potencialização das ações desenvolvidas em comum entre Estado e sociedade civil ou comunidade.³ Acreditamos que essa concepção filia-se àquilo que Sousa Santos (1998) denomina Estado-Novíssimo — movimento social em contraste com as propostas do Estado-Empresário, de corte neoliberal, que predominaram nos momentos iniciais da discussão sobre reforma do Estado. Em suas palavras, esse movimento:

“(…) assenta na idéia de que perante a ‘hubris’ avassaladora do princípio do mercado, nem o princípio do Estado nem o princípio da comunidade podem isoladamente garantir a sustentabilidade de interdependências não-mercantis, sem as quais a vida em sociedade se converte numa forma de fascismo societal. Propõe-se assim uma articulação privilegiada entre os princípios do Estado e da comunidade sob a égide desse último. Ao contrário da primeira concepção, que explora os isomorfismos entre o mercado e o Estado, esta concepção explora os isomorfismos entre a comunidade e o Estado.”

Haveria muito o que aprofundar a respeito do significado desse movimento, que, segundo o autor, faz-se com um senso político inegavelmente progressista, de combate pró-ativo às políticas neoliberais, sem poder contar, todavia, com uma

³ A respeito do significado das categorias sociofilosóficas de *dom*, *confiança* e *solidariedade*, que fazem parte desse novo paradigma de políticas sociais, ver o artigo de Vellozo (1998).

base social em mobilização, ao contrário do que ocorreu com o movimento que deu origem, nos países europeus, ao Estado de Bem-Estar. No entanto, para não nos distanciarmos excessivamente de nosso objeto de estudo, queremos concluir essa parte da análise, referente ao paradigma de políticas sociais, sublinhando a novidade desse movimento entre nós. Nas condições brasileiras, os ACSs apareceram numa fase histórica em que já não se admite que o Estado também tenha de ser a fonte de todas as iniciativas e ações de bem-estar social, mas em que a sociedade civil ainda não dispõe de entidades capazes de oferecer uma parceria ampla e forte para dar conta de muitas dessas ações. Nesse sentido, o ACS constitui uma espécie de “prematureo histórico”, que sofre na carne a vicissitude de não poder ser albergado num invólucro institucional da solidariedade que esteja previamente enraizado no próprio tecido da sociedade civil.

4 - VINCULAÇÃO INSTITUCIONAL E DIREITOS DO TRABALHADOR

Neste tópico, pretendemos esclarecer os elementos políticos, econômicos e jurídicos envolvidos na questão da vinculação institucional do ACS. Tais elementos, em nosso juízo, devem ser devidamente entendidos e considerados numa política que busque atender ao pleito de reconhecimento dos direitos desse trabalhador, mas que tenha simultaneamente em vista a necessidade de adequar a forma de vinculação institucional a seu perfil social.

A perspectiva do trabalhador, na justa reivindicação dos direitos que lhe assistem, tem de ser considerada prioritariamente nesta análise. A maioria dos ACSs são mulheres que têm nesta função sua primeira oportunidade de um trabalho remunerado em pequenos e médios municípios. Dado o perfil de renda da população brasileira em geral, ganhar um ou um pouco mais de um salário mínimo é uma condição econômica que os distingue de seus vizinhos. Muitos entram no programa após um período mais ou menos prolongado em que atuaram como agentes de saúde da Pastoral da Criança. Lá, porém, exerceram seus pendores para ajuda solidária de maneira estritamente voluntária — “por amor”, como nos foi relatado por um ACS. Há toda uma dinâmica social que leva esses trabalhadores a buscar uma ocupação aparentada, que satisfaça esses pendores e, contudo, seja remunerada:

“O trabalho de agente de saúde hoje é na porta do cidadão — a visita domiciliar, dia a dia, oito horas diárias. Então, hoje em dia ninguém pode trabalhar voluntário oito horas diárias. Eu acho que cada vez mais se reduz o número de agentes da Pastoral por essa razão, a maioria das pessoas que trabalham na pastoral está hoje trabalhando no PACS, eles não conseguiram não abrir mão dos quadros por essa dificuldade de sobrevivência” (Tereza Ramos, liderança estadual dos ACSs em Pernambuco).

É compreensível que, nessas circunstâncias de ascensão ao mercado de trabalho, os ACSs nutram a aspiração, que se conforma à tradição trabalhista brasileira, de desfrutar de direitos e benefícios ligados à relação assalariada. Ser um trabalhador celetista (com “carteira assinada”) é o que melhor traduz essa aspiração:

“A melhor forma, eu acho, seria se assinassem nossas carteiras, porque só como agente de saúde eu estou com sete anos. Se eu sair hoje, pronto, eu não recebo nada; é como se eu nunca tivesse trabalhado. E onde fica meu trabalho, o restante do meu trabalho? Eu, por exemplo, já estou ficando velha e a minha aposentadoria, como é que vai ficar? Então, a gente pensa muito nisso. Poderiam arranjar algum órgão para assinar nossas carteiras, para que a gente possa dizer: ‘bom, daqui para frente eu estou aposentado através do meu emprego, que é o de agente de saúde’” (Ana Maria do Nascimento, liderança local dos ACSs em Sobral, Ceará).

Que as lideranças dos ACSs têm consciência da existência desse leque de alternativas de relações de trabalho, e que nutrem a expectativa de uma solução assalariada para o problema, fica claro no depoimento da presidente da associação dos ACSs de Pernambuco, Tereza Ramos:

“A gente está negociando com as prefeituras o que pode ser resolvido, eu diria até de forma paliativa, porque para dar andamento em termos gerais a gente teria de ter uma decisão tomada por Brasília, mas aí seria uma decisão de cima pra baixo. Bem, mas a gente não está conseguindo resolver município a município essa questão. Tem município que fez o seguinte: fez um convênio com uma entidade, associação civil sem fins lucrativos, e aí essa entidade assina a carteira dos agentes e paga os encargos. Em outros municípios é cooperativa, e cooperativa diz ‘eu não tenho dinheiro para pagar impostos’. Em Pernambuco, a maioria é cooperativa ou é cargo comissionado, que é outro rolo — quando muda de prefeito, esses agentes ficam em ponto de enlouquecer porque aí tira, coloca, quer botar outra pessoa; o cargo comissionado dá esse direito.”

Portanto, os ACSs não deixam de realizar um escrutínio das formas de vinculação institucionais existentes e estão atentos àquelas que lhes parecem ser mais convenientes.

A relação de trabalho do ACS pode ser de emprego formal, regulada por dispositivos legais tais como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e o regime jurídico dos servidores públicos estatutários do município; também pode ser de autonomia formal, como é o caso dos membros de uma cooperativa, cujo trabalho está regulamentado por lei específica; ou pode ser de emprego informal ou “prestação de serviço”, caso em que recebe apenas o valor nominal de seu salário, desacompanhado das obrigações sociais previstas em lei. O leque das formas mais comuns de vinculação institucional do ACSs adotadas pelas secretarias municipais de saúde, com destaque para a existência de garantia de direitos associados à relação de trabalho, é apresentado na Tabela 2.

Cabe fazer aqui, preliminarmente, algumas observações sobre a vigência e aplicabilidade dessas variadas formas de vinculação institucional dentro do que estabelecem as diretrizes recentes da política de gestão de pessoal do governo federal. O regime celetista, com contrato de prazo indeterminado, ainda existe em muitas prefeituras que não promoveram, em anos recentes, um ajuste de suas

modalidades de vinculação às exigências da Constituição de 1988 no que se refere à implantação de um regime estatutário unificado. Por outro lado, como decorrência da regulamentação da Emenda Constitucional nº 19, associada de maneira importante às medidas de reforma administrativa do Estado, está previsto que o regime CLT seja adotado doravante como via preferencial para expansão e reposição do quadro de pessoal da administração pública dos três níveis de governo, observados os limites de despesa estabelecidos pela Lei Camata.

Tabela 2
Formas de Vinculação Institucional do ACS

Relação de Trabalho	Relação Institucional com SM	Direitos Trabalhistas
CLT de Prazo Indeterminado	Direta	Garantidos
CLT de Prazo Indeterminado	Indireta via Associação	Garantidos
CLT de Prazo Indeterminado	Indireta via Empresa	Garantidos
Estatutário	Direta	Garantidos
Cargo Comissionado	Direta	Garantidos
Contrato Excepcional por Tempo Determinado	Direta	Garantidos
Autonomia	Indireta via Cooperativa	Dependentes de Acordos
Prestação de Serviços	Direta	Não-Garantidos

Quanto aos cargos comissionados para ACS e outras categorias do PSF, vale observar que têm sido criados com base em autorização do poder legislativo municipal, instituindo uma espécie de “quadro especial de pessoal”. Apesar disso, tal alternativa não pode deixar de ser encarada como uma aberração do ponto de vista da lógica da administração pública, já que se trata de posto de trabalho exercido em caráter temporário e reservado a funções de confiança. Outra alternativa, com o mesmo feitiço artificial, é a utilização de contratos por “excepcional interesse público” com base na Lei 8.745, de dezembro de 1993. Embora prevista especialmente para os casos de combate a endemias, essa modalidade de contratação por prazo determinado tem sido utilizada não só em relação aos guardas sanitários da dengue como também em relação aos ACSs, havendo, em muitos municípios, um entendimento de que ambos são *agentes de saúde*.

Nos municípios que fizeram parte de nosso campo de entrevistas e de observação, foram encontradas situações bastante diversificadas. Em Maracanaú e Sobral, assim como ocorre em praticamente todos os municípios do Estado do Ceará, os ACSs recebem pagamento por prestação de serviços por meio das suas associações locais, sendo o recurso repassado pela Secretaria Estadual de Saúde e complementado pelas respectivas secretarias municipais. Nos municípios dos Estados de Pernambuco e São Paulo, as secretarias municipais arcam com o total do custeio dos ACSs, mediante contrato ou convênio com entidades privadas. Em Recife e Camaragibe, os ACSs recebem como autônomos filiados a uma cooperativa que reúne todas as categorias integrantes do PSF. Já em Cabo de Santo Agostinho, em Pernambuco, operam duas cooperativas: uma, exclusiva dos ACSs ligados a centro de saúde comum, e outra, dos que fazem parte da equipe do

PSF. Em São Bernardo, são empregados celetistas de uma fundação de direito privado, enquanto em Mauá são contratados como celetistas de uma ONG.

Um primeiro ponto importante para o qual cumpre chamar a atenção é que a multiplicidade de alternativas de vínculo institucional estende-se a todos os membros da equipe do PSF, não sendo peculiar à situação do ACS. Na medida em que os ACSs são recrutados e selecionados num processo institucional que se aplica igualmente às demais categorias (ou seja, absorção de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem), observações empíricas e várias evidências indiretas mostram que tende a haver uma forma comum de vinculação institucional adotada para todos os integrantes do PSF. Portanto, admitimos a hipótese segundo a qual, no caso em que há informalidade, ela afeta tanto os ACSs como as outras categorias do PSF.

Em levantamento realizado no Estado do Ceará, Andrade (1998, p. 73) observou que 95,1% dos médicos e 93,9% dos enfermeiros do PSF foram admitidos nele na condição de prestadores de serviço. Os dados disponíveis para o país como um todo revelam um quadro menos dramático, mas no qual ainda ocorre uma forte prevalência de relações informais de trabalho (com desproteção social do trabalho). Em recente pesquisa, levada a cabo pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Bahia, com apoio do Ministério da Saúde, foi detectado entre os municípios que participam do PSF um índice de 60%, similar para os médicos e os enfermeiros. As informações referentes aos enfermeiros são apresentadas nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3

Municípios segundo Modalidade de Relação de Trabalho de Enfermeiros do PSF: Brasil — 1999

(Em %)

idade	
ato Temporário	44,0
ção de Serviços	24,0
stário	16,2
	11,3

Fonte: MS — Pesquisa de Avaliação e Implantação do PSF (1999).

A categoria “contrato temporário”, adotada no estudo em questão, é bastante ambígua, porque pode abranger tanto relações celetistas quanto contratos de excepcional interesse público, assim como também ser um mero disfarce para contratos informais de trabalho, um equivalente da prestação de serviços. Consideraremos, de todos os modos, que os municípios que adotam contratos temporários (44%) somados aos que usam contratos de prestação de serviços (24%) caracterizam uma situação singular que denominamos *precariedade e informalidade do vínculo de trabalho*. De acordo com a hipótese anterior, podemos afirmar que *a informalidade e precariedade do pessoal do PSF, incluindo o ACS, alcançam mais de 60% dos municípios envolvidos nesse programa*.

Tabela 4

Municípios segundo Modalidade de Relação Institucional de Trabalho de Enfermeiros do PSF: Brasil — 1999*(Em %)*

<i>idade</i>	
<i>no Municipal</i>	84,4
<i>no Estadual</i>	5,5
<i>iações Comunitárias</i>	3,3
<i>tiva Privada</i>	1,7

Fonte: MS – Pesquisa de Avaliação e Implantação do PSF (1999).

Esse tipo de informação vem comprovar que as características de informalidade e precariedade não são, de modo algum, exclusivas dos ACSs. Uma análise mais ampla permite mostrar que são decorrentes, na verdade, de particularidades econômico-sociais que afetam a regulação do emprego e do trabalho de toda a população economicamente ativa nos anos 90. É preciso, portanto, nesta discussão, não perder de vista o processo de flexibilização e desregulamentação do trabalho ocorrido no país nesta década. Nessas circunstâncias, independentemente da vontade dos seus formuladores e gestores, programas sociais tais como o PSF passaram a ser operacionalizados com trabalhadores que são postos nas mesmas condições de desproteção social e de precariedade de trabalho que têm sido evidenciadas nos setores competitivos da economia nacional [Siqueira Neto (1996)].

O que se pode supor é que as políticas de saúde da década de 90 passaram a operar com custos menores devido à omissão dos encargos sociais, que oneram a folha de salários dos empregados celetistas, segundo alguns autores, em cerca de 30%, e, segundo outros, em cerca de 100% [Santos (1998)]. Sendo assim, qualquer medida visando diminuir a prevalência da informalidade enfrenta obviamente uma contrapartida de resistência na gestão financeira global desses programas.

Assim, os ACSs surgiram como vítimas de uma conjuntura geral de desregulamentação das condições sociais de trabalho, que marca a década de 90. Ao contrário de outros grupos de trabalhadores, não aconteceu de perderem benefícios e direitos, já que a categoria não existia previamente. Mas, ao surgirem como fruto de uma política social, viram-se defrontados com muitos entraves no acesso à tradição brasileira desses direitos e benefícios, na medida em que eles deixaram de ser alvo essencial das políticas públicas. Portanto, os ACSs nascem desprotegidos em relação a essas garantias legais do trabalho, e os gestores do SUS, mesmo quando consideram relevante e justo que tais garantias lhes sejam concedidas, têm sérias dificuldades em institucionalizá-las.

5 - ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO PARA A QUESTÃO DA VINCULAÇÃO INSTITUCIONAL

A questão da vinculação institucional dos ACSs aparece freqüentemente mesclada ou confundida com a questão da regulamentação ou reconhecimento da categoria.

É o que se depreende deste trecho de um trabalho que foi patrocinado pela ONG suíça *Terre Des Hommes*:

“A intenção da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde é regulamentar a profissão, situando-o como mais um integrante das equipes do sistema de saúde municipal. Como profissão definida, reconhecida pelo Estado. (...) Mas o passo da regulamentação profissional tem problemas sérios. Como fazer com que o agente comunitário seja contratado pelas prefeituras como servidor efetivo, sem transformá-lo em um burocrata sem vínculo com a comunidade? Como contratar um agente para atuar junto à comunidade que ele mora sendo, ao mesmo tempo, um servidor competente e representativo da comunidade?” [Rocha (1998, p. 8 e 9)].

Ao contrário do que indica o autor desse texto, a regulamentação está longe de ser o entrave principal ao reconhecimento dos direitos sociais e trabalhistas do ACS. Sabe-se que inúmeras funções tradicionais dos serviços públicos são exercidas por trabalhadores não-regulamentados, tais como porteiros e ascensoristas. Essas categorias submetem-se (ou, pelo menos, submetiam-se, no passado recente) a concursos públicos, não obstante não se encontrarem legalmente em pé de igualdade com profissões reconhecidas, tais como as de médico e de enfermeiro. O que vem dificultando a conversão dos ACSs em servidores públicos é, em parte, uma política pública explícita, ou seja, a obediência por parte dos três níveis de governo às diretrizes da reforma administrativa do Estado aplicadas desde 1995: a) maior seletividade das categorias admitidas, com destaque para o pessoal que desempenha “funções essenciais de Estado” nas áreas financeira, jurídica e de segurança pública; b) limites legais (tais como a Lei Camata) impostos às despesas de pessoal da administração direta, fundações e autarquias; e c) preferência por formas indiretas (“mais flexíveis”) de relação institucional na admissão de pessoal operacional, o que pode ser posto em prática por organizações sociais ou entidades de interesse público.

A criação de condições políticas, institucionais e econômicas para que o ACS goze de condições mais estáveis e justas em seu posto de trabalho tem de ser discutida de forma separada do pleito de sua regulamentação profissional. Como se sabe, as diversas tentativas de regulamentação da categoria do ACS pelo Congresso Nacional não foram bem-sucedidas.⁴ Em parte, o malogro é explicado pelo fato de que os projetos de lei foram apresentados num momento histórico das políticas públicas em que a extensão indiscriminada de controles legais sobre o mercado de trabalho passou a ser fortemente combatida dentro do Poder Legislativo e encontra fortes resistências junto ao governo. A origem dessa objeção político-institucional encontra-se, em última instância, nos paradigmas de regulação das profissões [Girardi (1999)]. Ainda como parte da doutrina de reforma do Estado, vem prevalecendo no governo o entendimento de que os mecanismos tradicionais de regulação das profissões precisam assumir formatos mais flexíveis, de tal modo que não gerem mais uma infinidade de regras e de

⁴ Os intentos de regulamentação do exercício da profissão de ACS pelo Congresso Nacional (entre outros, por meio do Projeto de Lei 332-A, de 1995, apresentado pelo Deputado Augusto Viveiros) são discutidos em Rocha (1998).

instâncias institucionais que interferem na dinâmica do mercado de trabalho dessas categorias. Sendo o ACS uma categoria ocupacional atípica, essa diretiva ganha ainda maior força e o governo, nesse caso, sente-se ainda mais à vontade para fazer valê-la. Esses aspectos doutrinários atuam em seu conjunto contra a proposta de converter o ACS em mais um tipo de funcionário público.

O texto citado é bem útil para caracterizar essa parte importante da problemática em exame, qual seja, a contradição existente entre um possível vínculo institucional direto com a administração do Estado e o objetivo de preservação de uma ligação legítima com a comunidade. Neste trabalho, identificamos ser essa a contradição que tem de ser resolvida de forma adequada pelas diversas instâncias governamentais envolvidas na política de difusão do uso de ACS.

Partimos aqui do pressuposto de que, não obstante existir um clima generalizado de desregulamentação das relações de trabalho, é possível que os gestores do SUS sejam incentivados a difundir uma (ou mais de uma) forma de vinculação institucional, que valorize o trabalho do ACS e atenda a seus direitos de trabalhador, sem que esta solução favoreça o distanciamento ou alheamento em relação à comunidade de onde se origina e com a qual se liga estreitamente pelo seu trabalho. Essa solução pode ser buscada, de preferência por meio de um movimento que se faça com vistas a regularizar a situação do conjunto do pessoal do PSF, mas destacamos que a particular vulnerabilidade social dos ACSs e sua renda relativamente baixa justificam que seu caso seja tratado em separado.

Examinaremos em seguida três alternativas de solução para a questão da vinculação institucional do ACS, de acordo com os seguintes requisitos: *a)* seja viável do ponto de vista das políticas públicas vigentes e sustentável economicamente; *b)* atenda à interpretação que damos ao papel social do ACS; e *c)* garanta a esse trabalhador *sui generis* os direitos referidos.

A Tabela 5 resume as características que consideramos mais relevantes para o problema da vinculação institucional do ACS.

5.1 - Empregado Público da Secretaria Municipal de Saúde

As regras que regem o vínculo de funcionário público vêm passando por muitas mudanças desde que, no início desta década, o governo federal iniciou a aplicação do dispositivo constitucional que previa sua unificação sob um regime geral. O processo de reforma administrativa do Estado que está em curso, a despeito de seu vaivém, tem buscado flexibilizar essas regras de vinculação entre o Estado e seus funcionários mediante a introdução de três diretivas principais: *a)* reservar o regime estatutário para carreiras estratégicas da alta administração e dos serviços considerados de exclusividade do Estado; *b)* prescrever o regime CLT para as demais carreiras, dando origem à figura do “emprego público”; e *c)* adotar procedimentos simplificados para a admissão (concurso) às carreiras de serviços que não são “exclusivas do Estado”, como é o caso da grande maioria das profissões e ocupações da saúde. Essas diretivas, que atualmente estão regulamentadas em lei recentemente aprovada pelo Congresso Nacional, decorrem da Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998.

Tabela 5

Alternativas de Vinculação Institucional dos ACSs

Característica	Empregado Público da Secretaria Municipal de Saúde	Autônomo de Cooperativa Contratada pela Secretaria Municipal de Saúde	Assalariado de Entidade Não-Lucrativa Conveniada com a Secretaria Municipal de Saúde
Regime de Trabalho	CLT	Autonomia	CLT
Base Legal	Lei do Emprego Público	Lei das Cooperativas	Lei 9.790/99 e outras
Direitos (Licenças, Abonos, Férias etc.)	Garantidos Legalmente	Equivalentes têm de ser Negociados com Gestor do SUS e dentro da Cooperativa	Garantidos Legalmente
Regime de Previdência	Provavelmente Geral (de acordo com a Lei Municipal que Cria este Quadro de Pessoal)	Geral (com Base na Contribuição de Autônomo)	Geral (mesmas Regras de qualquer outro Empregado do Setor Privado)
Processo Seletivo e suas Conseqüências	Concurso Simplificado: Teria de Avaliar Competências do ACS segundo Critérios de Impessoalidade e Universalidade; ACS não Pode Ser Selecionado para Trabalhar apenas numa Determinada Área	Regras Acordáveis com Gestor; Características Pessoais, Papel Comunitário e Vinculação de Local de Moradia/ Trabalho Podem Ser Levados em Conta	Regras Acordáveis com Gestor; Características Pessoais, Papel Comunitário e Vinculação de Local de Moradia/Trabalho Podem Ser Levados em Conta
Vantagens e Desvantagens para o ACS	Direitos Garantidos; Carreira Relativamente Estável	Direitos não Garantidos; Continuidade Dependente de Condições Interinstitucionais	Direitos Garantidos; Continuidade Dependente de Condições Interinstitucionais
Questões Gerais	Nos Municípios, Requer uma Lei Geral de Emprego Público e outra Específica para o ACS (ou para toda a Equipe do PSF)	Necessidade de Haver Constante Processo de Negociação com o Gestor para Garantir Pagamento de Encargos Sociais; no Caso de Cooperativas do PSF, os ACSs Podem Estar em Posição de Poder Subalterno	Dificuldade de Identificar Entidade Idônea em cada Município. A Tarefa de Administração de Pessoal é Pesada e Pode Desviá-la de suas Finalidades Específicas
Avaliação Final do Ponto de Vista da Política	Compromete o Papel Social do ACS ao Convertê-lo em Funcionário do Estado; Descaracteriza sua Missão enquanto Elo entre a Comunidade e os Serviços de Saúde	Alternativa melhor que a Informalidade Pura mas Pressupõe Grau Importante de Mobilização Política por Parte dos Trabalhadores	Vínculo Institucional mais Adequado para Preservar o Papel Social do ACS, embora Dependenda da Disponibilidade Local de Entidades que Sejam da Confiança dos Gestores

Por certo, os governos municipais terão de se adaptar, mais cedo ou mais tarde, às diretrizes de reintrodução do regime celetista na administração pública e de simplificação de processos seletivos para os empregados públicos. Em princípio, tais ingredientes novos atuam em benefício do pleito de criar para o ACS um vínculo direto com as instituições do Estado. Como celetista, o ACS gozaria de todos os direitos que assistem os empregados públicos, no que se refere a férias, licenças etc., e teria aposentadoria garantida, quer por meio do regime previdenciário geral ou por intermédio do regime governamental. Dadas as grandes preocupações atuais com o equilíbrio financeiro das contas da previdência dos estados e municípios, é quase certo que seria dada preferência aos regimes de previdência geral, como prevê a correspondente lei federal. De resto, ao ACS seria facultado, como é de ordem constitucional, a organização sindical em conjunto com os demais servidores públicos.

O grande ônus a ser pago, caso essa alternativa viesse a ser implantada, seria a extinção dos dois requisitos associados ao papel social do ACS. É que o processo de seleção, num concurso para ACS, poderia levar em consideração apenas os requisitos de seu perfil ocupacional, de acordo com o grau de complexidade das tarefas que realiza no seu trabalho, mas não atributos pessoais tais como identificação com a comunidade e liderança. Do mesmo modo, o critério de residir na área em que realiza seu trabalho teria de ser descartado. Esses critérios seriam considerados por demais restritivos dos princípios de acesso igualitário, impessoal e universalista aos cargos públicos. Portanto, o abandono dos requisitos comunitaristas seria inevitável. Mesmo em se tratando de concursos simplificados, exige-se que as pessoas sejam avaliadas por um desempenho intelectual e por habilidades *gerais*, para acesso a uma função *geral*. Não poderia haver acesso restrito a um posto vinculado a um dado local de trabalho. Devido a esse tipo de lógica universalista, peculiar ao Estado moderno, não é lícito que uma pessoa obtenha vantagens comparativas numa avaliação, pelo único fato de residir numa dada localidade ou de pertencer a um determinado grupo social.

Essas não são dificuldades potenciais, mas sim reais, porque têm sido ultimamente experimentadas pelos gestores municipais que tiveram a idéia de admitir os ACSs mediante concursos públicos. A nova legislação, decorrente da reforma administrativa do Estado, dá maior viabilidade a tal alternativa, mas não elimina suas inconveniências.

5.2 - Autônomo de Cooperativa Contratada pela Secretaria Municipal de Saúde

A relação de autonomia com organização cooperativista constitui uma alternativa não muito generalizada, que, talvez por questões históricas e culturais, tem-se mantido restrita a alguns poucos estados, com destaque para Pernambuco. Existem casos de cooperativas exclusivas de ACS, mas o mais comum é que englobem o conjunto das categorias que compõem o PSF.

Quanto aos direitos trabalhistas, classicamente associados à relação assalariada, cabe observar que a situação de autonomia do cooperado em princípio os exclui. O cooperado deve contribuir individualmente com o Imposto Sobre Serviço (ISS)

e para o sistema previdenciário geral (INSS). No entanto, a experiência dos municípios de Pernambuco demonstra que é possível estabelecer acordos com os gestores locais do SUS para que tais contribuições sejam pagas com base num acréscimo proporcional do valor do contrato mantido entre a secretaria de saúde e a cooperativa. Isso pode incluir também certos benefícios, tais como licença-maternidade, férias e até o abono natalino. Em alguns desses casos, em que está implícito um esquema de substituição de trabalhadores em licença, existe a necessidade de acordos entre os próprios cooperados.

Os ganhos coletivos da categoria, obtidos mediante negociação com o gestor, representam de fato a maior vantagem efetiva da cooperativa em relação à situação de autonomia informal e muito individualizada que é criada quando os ACSs recebem por “prestação de serviços”.

O sistema de autogestão peculiar à cooperativa parece, à primeira vista, bastante positivo para garantir a independência necessária ao desempenho, por parte do ACS, de seu papel social, na interface entre Estado e comunidade. Ademais, os critérios de seleção podem ser arbitrados de maneira a valorizar a identificação com a comunidade e o pendor para a ajuda solidária. Não obstante, os ACSs podem estar condenados, quando organizados em cooperativas em conjunto com outros profissionais do PSF, a deterem apenas uma posição de poder subalterna diante dos médicos e enfermeiros, que costumam estar à frente dos processos de formação e gestão das cooperativas.

A exigência de contínuos processos de negociação com gestores e de confrontos entre categorias organizadas faz da cooperativa uma opção que depende de um grau razoável de mobilização política por parte da categoria. Por isso mesmo, jamais poderia ser apregoada como solução universal. De resto, não há evidências de que o sistema das cooperativas favoreça tanto aos ACSs quanto o faz aos médicos, categoria que se orgulha de sua autonomia histórica e que se sente feliz em ser remunerada como tal, desde que o valor seja suficientemente alto, em comparação com seus colegas servidores públicos.

Finalmente, há que considerar o fato de que os gestores do SUS enfrentam dificuldades em fazer valer o modelo de cooperativas do PSF diante do Ministério Público do Trabalho. É que as cooperativas costumam ser interpretadas como um disfarce para a condição de emprego assalariado, e, portanto, para o atendimento aos direitos trabalhistas. Nessas circunstâncias, caem por terra suas vantagens aparentes em face da mera remuneração do trabalho por “prestação de serviço”.

5.3 - Assalariado de Entidade Privada Não-Lucrativa Conveniada com a Secretaria Municipal de Saúde

A relação assalariada e plenamente formalizada por meio do regime celetista representa, como já comentado, a aspiração maior dos ACSs em seu engajamento no mercado de trabalho. De outro lado, se essa relação é comandada por uma pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, é aberta uma via para que os critérios de seleção e de atuação geográfica possam ser devidamente “localistas” e envolvam a apreciação de “traços de personalidade”, ajustando-se, assim, ao perfil social de atribuições. Ademais, a possibilidade de estabelecer convênios com tais

entidades, prevista em vários dispositivos legais, assegura uma relação de parceria entre o setor estatal e o terceiro setor que é ideal para a manutenção de uma condição de relativa autonomia dos ACSs diante dos imperativos políticos e burocráticos do aparato do Estado. Devido a essas particularidades, as entidades privadas sem fins lucrativos podem selecionar os ACSs em conformidade não só com sua capacidade de desempenho das atividades descritas em seu perfil ocupacional, mas também considerando o quanto atendem às exigências de seu perfil social — sua identificação com a comunidade e uma história prévia de iniciativas de liderança e de ações de solidariedade.

Portanto, essa é a vinculação institucional que consideramos mais apropriada para atender simultaneamente ao pleito dos ACSs em relação a seus direitos de trabalhador e às diretrizes que decorrem do paradigma solidarista. Não são poucas, no entanto, as dificuldades hoje existentes para tornar viável e operacional essa forma de vinculação. Os óbices estão situados mais na esfera institucional do que na legal, como veremos a seguir.

São três os principais formatos institucionais previsíveis nessa modalidade de vinculação: *a)* com entidade filantrópica tradicional; *b)* com ONG comunitária; e *c)* com ONG que congrega os próprios ACSs.

Os convênios com santas casas e outras instituições filantrópicas e beneficentes tradicionais, para fins de contratação de ACS e outras categorias do PSF, já vêm sendo praticados sobretudo em municípios de porte médio, onde é maior a presença dessas entidades. Na medida em que administram um quadro maior ou menor de pessoal celetista, a inclusão desses novos funcionários não lhes acresce um encargo administrativo muito pesado. No entanto, há aqui uma dificuldade de ordem ideológica que tem a ver com o fato de essas entidades desenvolverem ações fortemente “assistencialistas”, não voltadas para a promoção comunitária. Apesar de já serem bastante laicizados, os objetivos imediatos dessas entidades não se coadunam com a missão de solidariedade comunitária que caracteriza o trabalho dos ACSs. Portanto, a relação institucional não é “orgânica” ao papel social cumprido pelos ACSs que podem, neste caso, ser sentidos como uma espécie de “corpo estranho” engastado na estrutura da instituição.

As ONGs comunitárias não apresentam tal inconveniente, porque seus objetivos se identificam frequentemente com a missão dos ACSs nos aspectos de ação intersectorial ou de representação de interesses da comunidade, como é o caso das entidades ambientalistas e das associações de moradores. Exemplo dessa vinculação institucional é dado pelo Município de Niterói, onde o programa do PSF é inteiramente mantido por meio de convênio com associações de moradores. Nesses casos, as dificuldades são de outra natureza — em primeiro lugar, em muitos lugares simplesmente não existem tais entidades, e, quando existem, nem sempre são consideradas idôneas pelos gestores. Em segundo lugar, já que usualmente operam com base num quadro limitado de funcionários próprios, ou basicamente com voluntários, há a considerar o peso que pode significar o encargo adicional de administração de centenas de funcionários da saúde. Essa situação pode acarretar, inclusive, um desvio em relação a seus objetivos sociais de origem.

Há, finalmente, a proposta de organização dos ACSs em ONGs específicas, voltadas para a realização de ações de solidariedade intracomunitária. Trata-se de uma idéia recentemente aventada para dar lugar a um formato institucional que permite contornar praticamente todos os inconvenientes dos dois tipos anteriores de entidade, e tem, especialmente, a vantagem de evitar as suspeitas de fraude aos direitos trabalhistas que sempre pairam sobre as cooperativas. Apresentamos a seguir uma descrição muito preliminar da natureza e composição dessas ONGs:

- a) é constituída por um estatuto que dá ênfase aos objetivos de ação intersetorial e de mobilização comunitária, de tal modo que não se caracterize por propósitos alinhados a uma visão corporativa;
- b) portanto, sua missão é própria de uma entidade dedicada à promoção solidária do bem-estar comunitário, que, para cumprir esses objetivos, serve-se de um quadro amplo de funcionários;
- c) a maioria de seus funcionários está constituída pelos próprios ACSs, mantidos em regime celetista;
- d) dispõe, ademais, de um número pequeno de funcionários administrativos e requeridos sobretudo para as tarefas de gestão de pessoal; e
- e) obedece aos requisitos de ordenamento institucional estabelecidos pela Lei 9.790, de 23 de março de 1999, para fins de qualificação como Oscips e de manutenção de termo de parceria com as secretarias municipais de saúde.

Como sói acontecer com propostas ideais, o que falta a essa alternativa são bons exemplos de experiências já consolidadas e avaliadas. De todos os modos, caso haja uma efetiva decisão política nesse sentido, a proposta só será viável na medida em que puder contar com duas condições: primeiro, que os custos adicionais dos encargos sociais sejam plenamente assumidos pelos gestores do SUS e, portanto, constituam um ônus contemplado no valor dos convênios mantidos com essas ONGs; segundo, que haja uma mobilização política e de recursos técnicos desencadeada pelo Ministério da Saúde para sensibilizar os gestores e os próprios ACSs acerca das vantagens e da legitimidade dessa opção, bem como para apoiar sua implantação nos municípios.

6 - CONCLUSÃO

O ACS pode ser visto como um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas não restritas ao campo da saúde, ao contrário do que ocorre com outros trabalhadores do SUS. Tem um perfil social composto basicamente por sua capacidade de liderança e uma história de iniciativas na linha da ajuda solidária intracomunitária, exigência de seu processo de recrutamento, seleção e avaliação contínua. Portanto, como requisito da política que lhe deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACSs tem de ser ancorado nesse perfil social. Devido a essas características, que valem para todos os contextos de desenvolvimento econômico-social dos municípios, o ACS constitui um trabalhador *sui generis*.

A situação de precariedade das relações de trabalho em que se encontra o ACS tem de ser vista como resultante da combinação de três fatores gerais: *a)* a orientação mais liberal que hoje se adota no campo da regulação das profissões e das ocupações, que atribui ao mercado a função de legitimar, por livre demanda e utilização, as novas categorias que venham a resultar da divisão do trabalho na sociedade; *b)* as mudanças de gestão na administração pública devido à Reforma do Estado, que buscam dar mais flexibilidade nas formas de vinculação de seu pessoal; *c)* a emergência do paradigma solidarista de políticas sociais, com base no qual se justifica que essa categoria seja efetivamente tida como de trabalhador *sui generis*, que precisa manter sua ligação originária com a sua comunidade, devendo, para tanto, atuar como parte de um esquema de parceria com o Estado.

No entanto, a especial vulnerabilidade econômica dessa categoria de trabalhador justifica a adoção, na política de recursos humanos do SUS, de uma diretriz de observância dos benefícios sociais dados pela legislação de proteção ao trabalho. Muitas vezes, os gestores do SUS inclinam-se a vencer esta dificuldade pela incorporação dos ACSs como servidores públicos. Mas, neste caso, é bem provável que o seu perfil social seja seriamente comprometido, devido a uma previsível identificação com os interesses corporativos desses funcionários. Isso pode ocorrer, mesmo na hipótese da adoção do chamado emprego público, que recia o regime celetista no setor público. A alternativa de formação de cooperativa de trabalhadores evita esse problema, mas a capacidade de estabelecê-las coletivamente e de exigir o atendimento aos direitos trabalhistas pelos gestores encontra-se na dependência de circunstâncias excepcionais de mobilização política e de poder de barganha por parte dessa categoria.

A nosso ver, a resolução do problema de vinculação institucional exige que a política de gestão local do SUS ponha-se em sintonia com o paradigma solidarista de política social, que antecipa um futuro de potencialização ou sinergia crescente entre o que Sousa Santos chama de princípio do Estado e princípio da comunidade. Isto depende de uma política proativa de formação de mecanismos estáveis de parceria entre o Estado e as organizações do terceiro setor, criando uma interface relativamente autônoma, apropriada tanto para as necessidades de inserção trabalhista dos ACSs, na qualidade de celetistas, quanto para resguardar os compromissos comunitários incluídos no perfil social desses trabalhadores. As Oscips, reguladas pela Lei 9.790, de 23 de março de 1999, são as entidades que melhor se prestam a operar essa interface e a absorver a administração dos ACSs como parte de seus esforços de desenvolvimento local e de ajuda comunitária. Mais especificamente, sugerimos que os ACSs, em cada município, sejam incentivados a formar Oscips próprias, nas quais estejam inseridos na condição de dirigentes e/ou empregados celetistas. Em obediência aos requisitos legais, essas entidades não deveriam se caracterizar como corporativas, mas como mantenedoras de uma missão de prestação de serviços solidários na comunidade, cuja expressão exemplar encontra-se no trabalho cotidiano realizado pelos ACSs.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, F. M. *O programa de saúde da família no Ceará*. Fortaleza, 1998.
- AZEVEDO DA SILVA, J. *O agente comunitário de saúde no Brasil: origens e inserção atual no Município de São Paulo*. USP: Faculdade de Saúde Pública, jun. 1999 (Projeto de Tese de Doutorado).
- ESPING-ANDERSEN, G. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press, 1990.
- GIRARDI, S. A reforma regulatória do trabalho e das profissões de saúde: a política de recursos humanos que interessa para as reformas setorial e do estado. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Regulação e gestão de recursos humanos na perspectiva da reforma do Estado*. Brasília, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Avaliação qualitativa do PACS*. Brasília, 1994.
- . *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família (PSF)*. Brasília, 1999 (Relatório Preliminar, inédito).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE E COMUNIDADE SOLIDÁRIA. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde — PACS*. Brasília, 1997 (Série Prefeito Solidário).
- MINNAYO, M. C. *et alii*. *Programa de agentes de saúde do Ceará — estudo de caso*. Fortaleza: Unicef, 1990 (Relatório).
- PAES, J. E. S. *Fundações e entidades de interesse social, aspectos jurídicos, administrativos, contábeis e tributários*. Brasília: Brasília Jurídica, 1999.
- ROCHA, L. *Por que regulamentar a profissão de agentes comunitários de saúde?* Brasília: Inesc, 1998.
- ROSANVALLON, P. *A nova questão social: repensando o Estado-Providência*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.
- SANTOS, A. L. Encargos sociais e custo do trabalho no Brasil. In: OLIVEIRA, C. A., MATTOSO, J. E. L. (orgs.) *Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?* Campinas: Página Aberta, 1998.
- SIQUEIRA NETO, J. F. Flexibilização, desregulamentação e o direito do trabalho no Brasil. In: OLIVEIRA, C. A., MATTOSO, J. E. L. (orgs.) *Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?* Campinas: Página Aberta, 1996.
- SOUSA SANTOS, B. *A reinvenção solidária e participativa do Estado*. Trabalho apresentado no seminário internacional Sociedade e a Reforma do Estado, patrocinado pelo ex-Mare. São Paulo, mar. 1998.
- VELLOZO, V. Comunidade solidária: há algo de novo no reino das políticas sociais. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, v. 8, n. 2, 1998.
- VIANA, A. L., DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de saúde da família. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, v. 8, n. 2, 1998.