

CÂMARA MUNICIPAL DE MARATAÍZES

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Projeto de Lei n.º 393/00

PROCESSO N.º 395/00

Protocolo sob o N.º 273

Requerente: Prefeitura municipal de Marataizes

Assunto: Contratação de Agentes Comunitários de Saúde, por tempo determinado, para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público.

A U T U A Ç Ã O

Aos doze dias do mês de março
de ~~mil novecentos e noventa e~~ 00, autuo a _____
_____ de fls. _____ e demais documentos
que se seguem.

SECRETÁRIO



Prefeitura Municipal de Marataízes
Estado do Espírito Santo

Marataízes - ES., 20 de março de 2000.

MENSAGEM N.º 004/2000

Senhor Presidente,

Via do presente, estamos encaminhando a Vossa Excelência o Projeto de Lei em apenso. Trata o mesmo sobre a Contratação de Agentes Comunitários de Saúde, por tempo determinado, para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público.

As funções destes agentes é de controlar todas as endemias e doenças das áreas escolhidas e acompanhar os idosos, jovens, ver vacinação, pressão alta, diabetes, e todas as doenças que possa vir acontecer em cada região, visando um melhor diagnóstico e tratamento de todas as doenças da população assistida.

Os Agentes Comunitários, antes da contratação passarão por um treinamento, de 60(sessenta) dias para poderem executar todo serviço, que poderão mostrar. Para atender o programado Ministério da Saúde e Secretaria do Estado da Saúde, o Município para atingir 100% de sua totalidade com o programa de Agente Comunitário de Saúde, necessita de 47(quarenta e sete) Agentes, dividido setorialmente em todo nosso território.

Informo a Vossa Excelência, que os Municípios que já tem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, estão dando um salto de qualidade em termo de Saúde.

Des'tarte rogamos a Vossa Excelência, o obséquio de colocar em pauta de votação junto a esta honrosa Casa de Leis a matéria proposta, em face de real necessidade de sua concretização, em regime de Urgência, Urgentíssima.

Na certeza da atenção costumeira, apresento, a V. Ex.a. e seus dignos pares, os meus protestos de elevada estima e profunda consideração.

Atenciosamente,

ANANIAS FRANCISCO VIEIRA
PREFEITO MUNICIPAL DE MARATAÍZES

Ao
Exmo. Sr.
Presidente da Câmara Municipal de Marataízes
FABIANO ELIAS VIEIRA

Câmara Municipal de Marataízes

Protocolo N. 273

Data 21/03/00



Prefeitura Municipal de Maratáizes
Estado do Espírito Santo

Projeto de Lei n.º 393/2000

CONTRATAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, POR TEMPO DETERMINADO, PARA ATENDER A NECESSIDADE TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO

A PREFEITURA MUNICIPAL DE MARATAÍZES, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, no uso de suas atribuições legais e, considerando o disposto no art. 37, inciso IX da Constituição Federal, faz saber, que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono a seguinte Lei.

Art. 1.º - Ficam criados os cargos de Agentes Comunitários de Saúde, por tempo determinado, para atender a necessidade temporária, mediante descrição, quantitativos e valor abaixo:

Agentes Comunitários de Saúde – 30 cargos – R\$ 183,33 (mensais)

Art. 2.º - O período de contratação será de 01 (um) ano, podendo ser renovado automaticamente.

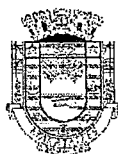
Art. 3.º - para atendimento ao disposto nesta Lei, será repassado para a Prefeitura Municipal de Maratáizes, através do Ministério da Saúde R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais), por Agente/ano.

Art. 4.º - Em contrapartida, poderá o Chefe do Executivo Municipal, abrir crédito adicional no Orçamento vigente.

Art. 5.º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6.º - Revogam-se as disposições em contrário.

ANANIAS FRANCISCO VIEIRA
Prefeito Municipal



Prefeitura Municipal de Marataízes
Estado do Espírito Santo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL

Marataízes – ES, 10 de Abril de 2000.

SEMSAS/OF.Nº081/00

Prezado Senhor

Estamos enviando para conhecimento de V. Exa. cópia de documento referente a vinculação institucional do Agente Comunitário da Saúde que nos foi enviado pelo ministério da saúde; cópia do termo de adesão enviado ao Senhor Secretário Estadual da Saúde; cópia da Resolução nº 71/99 da Comissão Intergestores Bipartite e cópia da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.122 de 02 de Julho de 1998.

Diante das informações contidas nestes documentos, solicitamos a V. Exa. a aprovação urgente do projeto de lei para a contratação dos Agentes Comunitários da Saúde de nosso município.

Certos de contar com a vossa cooperação, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente

Eduardo Machado Santana
Secretário Municipal de Saúde e Ação Social

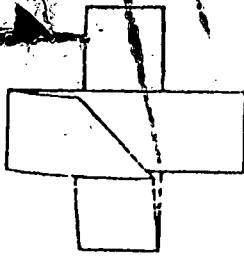
Ao Exmo. Sr.
Fabiano Elias Vieira
Presidente da Câmara de Vereadores
Marataízes-ES.

Câmara Municipal de Marataízes

Protocolo N. 310

Data 11 / 04 / 00

Handwritten signature



SUS

Sistema
Único
De Saúde

Ministério
da Saúde

Governo
do Estado
do Espírito Santo

Secretaria
de Estado
da Saúde



Resolução Nº 71/99

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, constituída através da Portaria no 185-F, de 24/08/93, reunida ordinariamente em Vitória na data de 16 de setembro de 1999.

Resolve:

Artigo 1º - Aprovar os critérios, conforme anexo I, do processo seletivo dos Agentes Comunitários de Saúde a serem assumidos pelos Municípios seguindo as normas e diretrizes do Programa estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único - Fica condicionada a revisão do processo seletivo pela Coordenação do Programa Estadual no prazo de 06 (seis) meses ou por decisão contrária da CIB, a qualquer tempo.

Vitória, 16 de setembro de 1999.

JOÃO FELÍCIO SCÁRDUA
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

Rescib71-99

ANEXO I
NORMAS DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

I – DA COORDENAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO

1. O Instrutor/Supervisor será o coordenador do processo seletivo do município onde se realizará a seleção.

1.1. O processo seletivo compreende as seguintes etapas:

- Mapeamento e territorialização;
- Divulgação
- Coordenação na aplicação das provas (organização de espaço físico e impressos utilizados no processo de seleção).

2. Deverá ser formada uma equipe de enfermeiros Instrutores/Supervisores que fazem parte da micro e macrorregião para participarem do processo de seleção.

3. em municípios onde existem equipes de PSF esses profissionais (de nível superior) poderão integrar a equipe de coordenação do processo seletivo.

4. Poderão integrar também a equipe de coordenação do processo seletivo profissionais de nível universitário que tenham vínculo empregatício com o município onde se realizará a seleção e/ou municípios vizinhos.

5. É vedada a participação, na coordenação do processo seletivo, de pessoas com grau de parentesco com os gestores municipais.

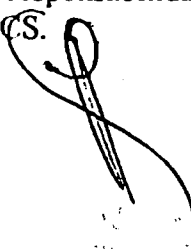
6. Quando houver grau de parentesco entre candidatos e equipe do processo seletivo, está somente aplicará a prova e entrevistas em áreas onde o mesmo não esteja inscrito.

7. Ficará sob a responsabilidade das Coordenações Regionais Estaduais elaboração e arquivo de provas a serem aplicadas, bem como treinamento prévio das comissões microrregionais.

8. O Instrutor/Supervisor deverá convocar como fiscais, do processo seletivo, representantes do Conselho Municipal de Saúde e/ou representantes da comunidade.

9. É vedada a participação de fiscais que tenham grau de parentesco com qualquer dos candidatos.

10. Ficará sob responsabilidade do Instrutor/Supervisor toda a documentação do processo seletivo dos ACS.




II - DA APLICAÇÃO DA PROVA

1. Deverá ser providenciada lista de frequência devidamente identificado com nome/número da área/micro área e número de identidade do candidato.
2. O tempo mínimo de permanência do candidato na sala durante a realização da prova será de 20 minutos. Caso o candidato termine sua prova antes deste prazo, deverá devolvê-la ao fiscal devidamente assinada e permanecer na sala até que se complete o prazo previsto;
3. Deverá ser dado aos candidatos os seguintes esclarecimentos antes do início da prova.
 - Etapas do processo seletivo;
 - Marcação das questões (modelo de prova).
 - Recursos para revisão de prova;
 - Papel da SESA e da Coordenação Municipal neste processo.
4. A correção da prova deverá ser feita somente pela equipe responsável pelo processo seletivo.
5. Ao final do processo seletivo o Coordenador/Instrutor Supervisor deverá fazer um relatório contendo os dados abaixo e encaminhá-lo à Coordenação Regional;
 - Horário de início da prova;
 - Horário de término da prova;
 - Intercorrência no processo;
 - Horário de divulgação da primeira etapa (prova escrita), contendo a convocação dos candidatos para a segunda etapa (entrevista).
 - Horário de início e término da segunda etapa;
 - Quantidade de candidatos inscritos;
 - Quantidade de candidatos aprovados por micro área.

III - DA SUBSTITUIÇÃO E/OU DESLIGAMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

1. O Instrutor/Supervisor deverá solicitar declaração assinada pelo ACS quando a desistência partir do mesmo.
2. Quando o Instrutor/Supervisor fizer o desligamento do Agente Comunitário por inadequação das Normas e Diretrizes do Programa, deverá fazê-lo com o aval da comunidade e do Conselho Municipal de Saúde.

IV - DA AVALIAÇÃO DO PROCESSO SELETIVO

1. A Coordenação Estadual do Programa ficará responsável pela avaliação e intervenção ~~no município no que diz respeito a quaisquer descumprimento das normas do processo seletivo.~~
 2. Este processo de descentralização para os municípios será avaliado pela equipe de Coordenação Regional e Estadual e encaminhado à Comissão Intergestores Bipartite num prazo de 06 meses.
- 

EXMO. SR. PRESIDENTE DA CÂMARA DE
VEREADORES DO MUNICÍPIO DE MARATAÍZES - ES.

Ref. PROPOSTA DE EMENDA MODIFICATIVA:
Projeto de Lei n.º 393/00

Modifica o contido no Artigo 2.º, que passa a ter a seguinte redação:

O prazo da contratação temporária é de 90 dias.

Enedina Marvila da Silva
ENEDINA MARVILA DA SILVA
VEREADORA

Câmara Municipal de Marataízes
Protocolo N. 305
Data 04/04/00

[Handwritten signature]

JUSTIFICATIVA

as 21:30 hrs

Em virtude do contido no Termo de Ajustamento de Conduta, assinado pelo Prefeito, junto ao Procurador Regional do Trabalho, que autoriza o contrato temporário em casos especiais, não podendo ser o contrato estendido para 12 meses, notando - se também que ultrapassa até o mandado do Prefeito, não sendo admissível por Lei, além de não justificar, que o próximo prefeito, assuma contrato temporário, observando - se ainda que consta a renovação automática por mais 12 meses, totalizando 2 anos.

Logo o Prazo apresentado na Emenda é de 90 dias, podendo o Sr. Prefeito, colocar os cargos no concurso público, evitando - se indicações.

Ministério da Saúde

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 3.122, DE 2 DE JULHO DE 1998

Estabelece novos valores de incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família.

PAC

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a contribuição dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família para a melhoria dos indicadores de saúde e o seu potencial já demonstrado de reorientação do modelo assistencial;

Considerando a qualificação dos municípios ao incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família e o correspondente saldo orçamentário;

Considerando que não serão mais transferidos recursos específicos para reequipar e readequar fisicamente unidades de Saúde da Família, por meio de convênios; e

Considerando o disposto na Portaria GM/MS nº 157 de 19.02.98, publicada no DO nº 40, de 02.03.98, resolve:

Art. 1º - Alterar os valores de incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e ao Programa de Saúde da Família - PSF.

Art. 2º - Definir os seguintes valores como incentivo:

- I. para cada Agente Comunitário de Saúde, R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais) por ano;
- II. para cada Equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem), R\$ 28.000,00 (vinte e oito mil reais) por ano.

Art. 3º - Cessar os efeitos do Artigo 4º da Portaria GM/MS nº 157, de 19.02.98, publicada no DO nº 40, de 02.03.98.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência julho/98.

JOSÉ SERRA

(CF. nº 71/98)

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PORTARIA Nº 71, DE 24 DE JUNHO DE 1998 (*)

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando os termos da PT/GM/MS Nº 2811 de 28/06/98, resolve:

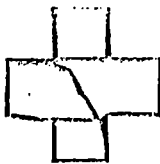
Art. 1º - Fixar os valores para a tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, conforme o anexo desta Portaria.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de junho de 1998.

RENILSON REHEM DE SOUZA

ANEXO

COD. PROCEDIMENTO	5º ANOS	6º ANOS	TOTAL
001.0 APLICAÇÃO DE ANTIPALUDO QUAL. II (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
002.0 APLICAÇÃO DE ANTIPALUDO QUAL. II (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
003.0 APLICAÇÃO DE ANTIPALUDO QUAL. II (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
004.0 APLICAÇÃO DE ANTIPALUDO REFORÇO (PAC)	0,00	0,00	0,00
005.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
006.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
007.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
008.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
009.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
010.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
011.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
012.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
013.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
014.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
015.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
016.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
017.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
018.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
019.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
020.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
021.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
022.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
023.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
024.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
025.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
026.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
027.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
028.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
029.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
030.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
031.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
032.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
033.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
034.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
035.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
036.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
037.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
038.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
039.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
040.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
041.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
042.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
043.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
044.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
045.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
046.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
047.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
048.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
049.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
050.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
051.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
052.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
053.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
054.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
055.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
056.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
057.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
058.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
059.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
060.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
061.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
062.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
063.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
064.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
065.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
066.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
067.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
068.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
069.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
070.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
071.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
072.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
073.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
074.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
075.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
076.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
077.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
078.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
079.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
080.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
081.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
082.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
083.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
084.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
085.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
086.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
087.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
088.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
089.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
090.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
091.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
092.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
093.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
094.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
095.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
096.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
097.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
098.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
099.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00
100.0 APLICAÇÃO DE TRÍPLICE (DPT) (DOSE) (PAC)	0,00	0,00	0,00



SUS

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

DO Sr. Prefeito Municipal de : Marataízes

AO Sr. Secretário de Estado da Saúde.

TERMO DE ADESÃO

Conhecedor das Normas e Diretrizes do programa de Agentes Comunitários de Saúde e, de acordo com CRITÉRIOS para adesão, o município solicita a Implantação do Programa ao Senhor Secretário de Estado da Saúde, comprometendo-se a:

- Ter o Conselho Municipal de Saúde para aprovar e participar na implantação do Programa:

- Existência do Fundo Municipal de Saúde:

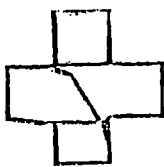
- Existência do profissional Enfermeiro contratado pelo município ou Estado, com disponibilidade para assumir a coordenação, capacitação e supervisão na proporção de no máximo um instrutor/supervisor para 30 Agentes Comunitários de Saúde:

- Existência de uma(s) Unidade(s) de Saúde de referência na área onde será implantado o Programa, exigidos para sua implantação e / ou permanência.

Vimos respeitosamente solicitar a V.Excia., a inclusão deste Município no referido Programa.

Indicamos como Unidade (s) de Saúde para referência U.S.Marataízes, U.S.Barra, U.S.Pon-
tal, U.S.Lagoa Funda, U.S.Lagoa Dantas, U.S.Praia dos Cações, U.S.Boa Vista

como Instrutor (s): Enfermeiro IVAN PAULINO (COREN-ES-7138)



SUS

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

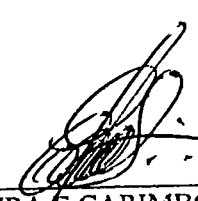
Para isso, estamos encaminhando em anexo, documentos exigidos por parte dessa Secretaria para fins de comprovação e análise:

- 1 - Lei de criação do Fundo Municipal de Saúde;
- 2 - Ata da reunião do Conselho Municipal de Saúde Aprovando a Implantação do Programa.
- 3 - Ficha Cadastral da Unidade (s) de Saúde no SIA-SUS;
- 4 - Ata de posse do Sr. Prefeito Municipal;
- 5 - Ficha Cadastral do Sr. Prefeito Municipal;
- 6 - Ficha Cadastral do Sr. Secretário Municipal de Saúde
- Ficha Cadastral do Instrutor (s) / Supervisor.

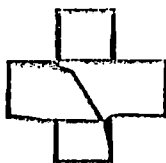
Certos de vossa valiosa atenção, nos comprometemos a cumprir os Critérios e a apresentação da documentação inerente a este TERMO até o dia _____


ASSINATURA E CARIMBO DO
PREFEITO MUNICIPAL

Ananias Francisco Oleira
PREFEITO MUNICIPAL
Prefeitura Municipal de Marataízes


ASSINATURA E CARIMBO DO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA
SAÚDE

Prefeitura Municipal de Marataízes
Eduardo Machado Santana
Secretário Municipal de Saúde



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

FICHA DE CADASTRO PREFEITO MUNICIPAL DE: Marataízes-ES

NOME: Ananias Francisco Vieira

RESIDENCIAL: Av. Simão Soares, 563, Barra,
Marataízes-ES

ENDEREÇO

RECOMERCIAL: Av. Rubens Rangel, 1606, Bairro
Cidade Nova, Marataízes/ES

TELE FONE

RESIDENCIAL: (027)532-1141

COMERCIAL: (027)532-3636

FAX: (027)532-1049

CGC: 01.609.408.0001-28

C.T. SSF/

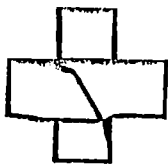
CPF. 084.394.867-15

CONTA BANCÁRIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONTA CORRENTE: 58.041-4

N° AGÊNCIA: 3207-7

BANCO: Banco do Brasil



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

FICHA DE CADASTRO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE: SAÚDE E AÇÃO SOCIAL DE MARATAÍZES

NOME: Eduardo Machado Santana

RESIDENCIAL: Av. Clóvis Beviláqua, s/n, Bairro Belvedere, Marataízes-ES

ENDEREÇO

RECOMERCIAL: Av. Rubens Rangel, 1606, Bairro Cidade Nova, Marataízes-ES

TELE FONE

RESIDENCIAL: (027)532-1991

COMERCIAL: (027)532-3636

FAX: (027)532-1049

CGC: 016094080001-28

C.T. _____ SSF/ _____

CPF. 718.045.797-34

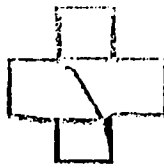
CONTA BANCÁRIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONTA CORRENTE: 58.041-4

N° AGÊNCIA: 3207-7

BANCO: Banco do Brasil

MEL/DOCTROG



SUS

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

FICHA DE CADASTRO DO INSTRUTOR / SUPERVISOR

REGIONAL: _____ MUNICÍPIO: Marataízes

NOME: Ivan Paulino

IDENTIDADE: 2.403.368 ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP/ IFP-RJ

CPF: 345.505.707-06

PROFISSÃO: Enfermeiro N° CONSELHO: COREN-ES-7138

ÓRGÃO DE ORIGEM: Pref. Mun. Marataízes N° MATRICULA: _____

LOCAL DE TRABALHO: Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social/PMM

RESIDENCIAL: Av. Rubens Rangel, 234, Bairro Ilmenita

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO: Marataízes CEP _____

COMERCIAL: _____

MUNICÍPIO: _____ CEP _____

TELEFONE

RESIDENCIAL: 975-1106

COMERCIAL: _____

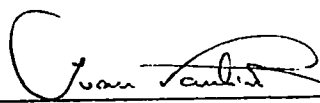
FAX: _____

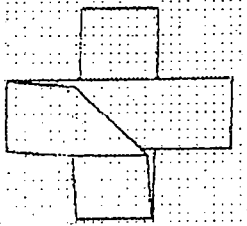
N° CONTA CORRENTE: Pessoal 2.288-181

N° AGÊNCIA: 157

N° BANCO: 021-BANESTES

DATA: _____ DE _____ DE 199


ASSINATURA INSTRUTOR/SUPERVISOR



SUS

Sistema
Único
De Saúde

Ministério
da Saúde

Governo
do Estado
do Espírito Santo

Secretaria
de Estado
da Saúde



OF/IESP/SAS/SPEI/DRS/Nº076/2000

Vitória, 28 de Fevereiro de 2000.

Prezado(a) Senhor(a) Secretário(a),

Conforme informação repassada na oficina de Atenção Básica, encaminhamos documento referente a forma de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Atenciosamente,

MARIA CIRLENE CASER
COORDENADORA ESTADUAL DO PSF/PACS

A(O): SECRETARIO(A) MUNICIPAL DE SAÚDE

Superintendência de Planejamento, Epidemiologia e Informação – Divisão do Risco Social

Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 2025 3º Andar

Telefones: 381.2369 / 381.2368 / 381.2365 / 381.2364 / 381.2366 / 381.2398

Fax: 381.2311

Cep.: 29.051.121 – Bento Ferreira – Vitória/ES

drs/ag

Zuleide - ES.

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**

(Texto para Discussão Encaminhado para Publicação, Fevereiro, 2000)

* Pesquisador do IPEA

** Assistente de Pesquisa

RESUMO

O artigo discute a inserção laboral e institucional do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Sistema Único de Saúde, com base em dois pressupostos: a) que seja efetuada com base em relações formais de trabalho, capazes de assegurar o atendimento a seus direitos sociais de trabalhador; b) que seja adequada a seu perfil social de trabalhador *sui generis*, caracterizado pela identificação com a comunidade de onde tem origem e o pendor para a ajuda solidária. A primeira exigência deixa de ser cumprida quando os ACS são mantidos através 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 ACS sejam contratados como empregados celetistas de entidades privadas não lucrativas, mediante convênios com as secretarias de saúde dos municípios. 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 paradigma novo de política social, que explora as vias de potencialização recíproca entre o princípio do Estado e o princípio da comunidade. Finalmente, são reconhecidas as dificuldades hoje existentes para pôr em prática tal paradigma nas condições brasileiras, tendo em conta a imaturidade dessa base institucional de nossa sociedade civil.

ABSTRACT

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 and 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 secretariats 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.

Introdução

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

O conceito que utilizamos aqui é outro, a saber, o de *vinculação institucional*. Entendemos por vinculação institucional algo que abrange a dimensão jurídica da relação de trabalho e a dimensão administrativa da relação institucional. Por exemplo, a relação jurídica de trabalho pode ser dada pelo regime celetista; e a relação institucional realizar-se mediante uma associação comunitária conveniada com a secretaria de saúde do município. As duas noções, de relação de trabalho e de relação institucional, entram, assim, no conceito de vinculação institucional.

Portanto, 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 a oferecer garantia de direitos associados ao trabalho; 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 amplo, nas três esferas de governo e na sociedade de um modo geral, que os ACS devem desfrutar, em seu conjunto, dos direitos que são garantidos à maioria dos trabalhadores urbanos e rurais. Isto diz respeito tanto aos benefícios previdenciários quanto aos benefícios 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*, com o sentido que pretendemos explicitar adiante. Por sua vez, este problema, em nosso entendimento, 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 e torna-se particularmente problemática devido aos impasses peculiares a esta fase de transição.

Nossa análise estará parcialmente fundada em entrevistas estruturadas realizadas com dirigentes, coordenadores do programa e lideranças da categoria, na capital federal e em três estados – Ceará,

Pernambuco e São Paulo¹. Embora talvez não constituam um painel efetivamente representativo da diversidade de opiniões sobre o ACS, as funções muito peculiares que exercem, em seu *papel social*, como elo de ligação entre a comunidade e a estrutura oficial de serviços de saúde, ficam bem ilustradas por alguns desses depoimentos, que serão citados como apoio à nossa análise.

Quem são os ACS

Os agentes comunitários de saúde (ACS), segundo critérios definidos em comum pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias municipais de saúde, são pessoas que, independentemente do seu nível de escolaridade, cumprem com 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;
- têm disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

Os ACS podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a um centro de saúde comum; b) ligados a uma unidade do Programa de Saúde da Família (PSF), como membro de sua equipe. A equipe de Saúde da Família é usualmente composta por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis ACS. 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 ACS sem conexão com o PSF.

Encontram-se em atividade atualmente no País cerca de cento e dez mil agentes do programa, como mostra a tabela 1. A participação do Nordeste alcançava em 1994 nada menos que 81% dos ACS, 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 estas duas regiões apareciam, respectivamente, com 8,4% e 13,7%. A estratégia de agentes comunitários deixou, neste período, de ser vista como algo destinado limitadamente a 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 ACS 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 ACS 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 (Viana & Dal Poz, 1998).

Está implícito nessa política um aspecto muito relevante, mas que abordaremos apenas de forma muito tangencial, que é o referente a seu potencial de impacto sobre a geração de oportunidades de renda e

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

emprego. Se for alcançada a meta do Ministério da Saúde, de ampliar o número de equipes de saúde da família para vinte mil, no ano 2002 haverá em atividade no País nada menos que 200 mil ACS - uma maioria de jovens e, sobretudo, mulheres, que ingressam no mercado de trabalho pela primeira vez, originários que são de um meio social onde a obtenção de uma renda individual igual ou ligeiramente superior a um salário mínimo representa mais a exceção do que a regra. A magnitude deste 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.

Tabela I - Número e Participação dos ACS por Unidade Federada, 1994 e 1999

UF/Região	1994		1999	
	Número	Percent.	Número	Percent.
AC	85	0,3	718	0,6
AM	2.381	8,2	3.356	3,0
AP	363	1,2	817	0,7
PA	1.635	5,6	7.765	7,0
RO	514	1,8	1.833	1,6
RR	137	0,5	235	0,2
TO	152	0,5	2.518	2,3
NORTE	5.267	18,1	17.242	15,4
AL	1.290	4,4	3.538	3,2
BA	2.226	7,7	15.029	13,5
CE	8.093	27,8	9.567	8,6
MA	2.517	8,7	7.621	6,8
PB	1.515	5,2	4.572	4,1
PE	4.195	14,4	9.534	8,5
PI	1.990	6,8	4.269	3,8
RN	1.282	4,4	3.936	3,5
SE	424	1,5	2.420	2,2
NORDESTE	23.532	80,9	60.486	54,2
DF	0	0,0	850	0,8
GO	299	1,0	4.464	4,0
MS	0	0,0	1.816	1,6
MT	0	0,0	2.133	1,9
C-OESTE	299	1,0	9.263	8,3
ES	0	0,0	1.627	1,5
MG	0	0,0	6.261	5,6
RJ	0	0,0	1.506	1,3
SUDESTE	0	0,0	9.394	8,4
SP	0	0,0	4.051	3,6
PR	0	0,0	4.823	4,3
RS	0	0,0	3.420	3,1
SC	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

Segundo trabalho realizado pela 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:

- dificuldade de acesso aos serviços formais de saúde;
- 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;
- limitações existentes no trabalho educativo realizado pelos profissionais das unidades de saúde.

Os primórdios do programa no Estado do Ceará estiveram associados ao problema da seca e da política de frentes de trabalho, comumente adotadas nesta 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 emprega os homens, mas têm 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 entre aquelas mais pobres do Estado, que eram escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, igreja, representantes do Estado, 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 4 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.

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

- a) cadastra os membros de cada família em sua micro-área de atuação;
- b) levanta informações sobre condições locais de saúde e saneamento, e participa do diagnóstico respectivo feito com a equipe do programa;
- c) mapeia e identifica fatores e áreas de riscos à saúde;
- d) realiza visitas domiciliares, mantendo a vigilância sobre as condições de saúde das famílias, com especial atenção para gestantes e crianças;
- e) realiza 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.
- f) efetua ações intersetoriais, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e a defesa solidária dos direitos de cidadania.

*Anuário do
Serviço
de Saúde
do SUS.*

Embora esta lista de atividades típicas seja aqui mencionada de maneira bastante sumária, serve para dar uma idéia daquilo em que consiste o que se pode denominar de *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 grande 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 tal como o descrito acima 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, que é de muita relevância para os interesses corporativos que estão presentes no campo das profissões de saúde. Duas têm sido as interpretações dadas:

- a) pertence ao grupo de enfermagem, devido a realizar cuidados de saúde às pessoas;
- 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 foi (ou ainda é, em grande parte) defendida pelas entidades de representação do grupo de enfermagem. Ela parte do pressuposto que as ações de “cuidado às pessoas”, na prática do programa, são muito mais extensivas e importantes do que o que aparece explicitado na versão oficial do perfil ocupacional do ACS. O Conselho Federal de Enfermagem, adotando tal visão, emitiu resoluções e pareceres que se preocupavam em delimitar melhor as ações que são “delegáveis” ao ACS, distinguindo-as daquelas que são de competência exclusiva do enfermeiro e outros integrantes do grupo de enfermagem. Chamavam atenção, ademais, para a necessidade de qualificação e reconhecimento formal da categoria do ACS, a fim de que não se repetisse um 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 este aspecto, o protesto apresentado pelas entidades de enfermagem diante do 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 que realiza atos de enfermagem sem ser para tanto devidamente capacitado e legalmente reconhecido.

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 um trabalhador genérico que pode transitar, através de estudos formais, para áreas específicas de profissionalização em saúde. Acerca desta questão, a Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Eucléia Gomes Vale, prestou-nos depoimento do qual transcrevemos a seguir algumas partes:

O ACS faz o elo – a ponte entres 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 de Agente Comunitário de Saúde criou uma idéia 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 absorvem 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 sub-área.

Convém reter quatro preceitos importantes expostos pela Presidente da ABEN - o ACS é um *trabalhador genérico* e como tal pode exercer o componente de atenção às pessoas 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 sentido de que suas funções transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem bem realizadas, requerem a atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, aspectos situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersectorial. 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 este limite, pois “trabalha com a promoção da pessoa”, que envolve educação, nutrição, etc., e isto torna necessário que desenvolva suas ações junto com outras pessoas e instituições (não só as de saúde), que atuam em prol do bem-estar da comunidade. Estes atributos de *generalidade* justificam que o ACS não seja visto como uma categoria ocupacional pertencente, ainda que não legitimamente, ao grupo de enfermagem, mas, sim, como um categoria muito particular, que não deve ser comparada nem agrupada com outras que preexistem historicamente no campo da saúde. Esta condição de particularidade é reforçada pelo fato de que a política que lhe deu origem exigiu deste 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 e isto abrange dois aspectos fundamentais, a identidade com a comunidade e o pendor para a ajuda solidária, conforme é freqüentemente preconizado pela 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 a 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 aqueles 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 o que expressa 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 *uma ponte* ou *elo* entre a comunidade e

Sui generis

as instituições de saúde. Mas esta função de ponte pode ser concebida de maneira mais vasta, compreendendo o acesso aos direitos de cidadania de uma maneira 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 - a identificação com a comunidade e o pendor para a ajuda solidária. Ou seja, do ponto de vista de critérios de eficácia técnica (de resultados) e também de eficiência no uso de recursos, acredita-se que a utilização do ACS produz resultados melhores quando essa categoria é selecionada e atua continuamente tendo em devida conta esses dois atributos. Aparentemente são exigidos mesmo nas condições em que há um grau relativamente destacado de desenvolvimento econômico-social por parte do grupo populacional que se beneficia do programa, como acontece em vários municípios da região Sul e Sudeste, inclusive em São Paulo. Vale sublinhar que, nesta discussão, a palavra *comunidade* é sinônimo de sociedade civil e não necessariamente remete à noção de pobreza. No caso de estarem ausentes, talvez a categoria em questão não seja o ACS propriamente dito.²

Foi perguntado especificamente aos entrevistados o que é o ACS e o que 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 este respeito, 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 esse 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 comunica-se 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 que os demais profissionais de saúde são muito mais serviço de saúde. Isto faz uma grande diferença, uma vez que a*

² Em seu projeto de Tese de Doutorado, Azevedo da Silva (1999) propõe-se a investigar a hipótese segundo a qual os ACS 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 este respeito é sobre e quanto tais especificidades, se comprovadas, comprometem ou não a vigência dos dois atributos mencionados.

formação dele é menor do que os demais profissionais, é a menor formação, mas a qualidade dele é essa ligação com a comunidade. Algumas coisas são importantes - ele tem treinamento continuado, talvez seja o profissional que tem maior treinamento continuado, também tem permanente supervisão e é avaliado mensalmente. Isto não acontece com nenhum outro profissional de saúde. As tarefas são muito objetivas, os objetivos do trabalho dele são muito bem definidos, o que também nem sempre acontece com a maioria profissionais de saúde. Ele tem muito mais liberdade para trabalhar porque tem muito mais objetivos a alcançar, o trabalho dele é mais definido 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 outras áreas também, a gente trabalha uma intersectorialidade 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, CE).*
- *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, a própria comunidade, ele é a cara da comunidade onde mora, em que trabalha, daí também vem a importância dele 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 ACS em Pernambuco).*
- *Olha um dia eu estava em uma reunião e vi um médico, que ele 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 tinha 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 ele chega numa casa pra conversar, a gente vai ouvir tanta coisa que as 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 aquela pessoa, 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 tem na gente (...) (Ana Maria do Nascimento, Liderança Local dos ACS em Sobral, CE).*
- *(...) 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 a 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 delimitarem 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 deles, fica mais próximo, fica sabendo mais coisas. A gente é uma ponte com a unidade de saúde e com 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 pra falar (Sônia, Agente Comunitário de Mauá, SP)*

Esses depoimentos ilustram de que maneira devem ser articulados os dois atributos sociais básicos do ACS, a identificação com a comunidade e o pendor para a ajuda solidária, e dispensamo-nos de comentá-los individualmente. 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 ser possível destacar, a partir dessas respostas dadas 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 fundamento 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.

Duas Visões de Política Social

Ao desempenhar essa 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. Neste 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 de *utilitarista* aceita, implicitamente, que o trabalho de promoção comunitária e de bem-estar realizada pelo ACS é parte essencial das obrigações devidas por um Estado contemporâneo a seus cidadãos. Seria parte do campo sempre em ampliação daquilo que os teóricos da sociologia política denominam de cidadania social, cuja culminância histórica é dada pelo Estado de Bem-

Estar. Segundo afirma Esping-Andersen (1990), com apoio no trabalho de T. H. 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. Esta versão dá ênfase à adequação cultural, tecnológica e econômica que é possível obter mediante o uso deste 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 da 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, o autor já citado, Leonel Rocha, 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 agentes comunitários de saúde – ACS, foi na Mongólia, na China, há cerca de cinquenta 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 (Rocha, 1998).

Portanto, sendo o ACS visto deste modo, 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 aplicada aos funcionários públicos. Esta percepção do problema da vinculação institucional dos ACS 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 do ACS 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 na necessidade de fazer justiça aos ACS – já que eles são “usados” pelo Estado, cumpre que este ofereça-lhes prerrogativas de trabalho que os coloquem em igualdade com os funcionários públicos do SUS.

Já a interpretação que denominamos de *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 Estado e 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 objetivo duplo: 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 um voluntário comunitário típico, como é o agente da Pastoral da Criança da Igreja Católica.

Esta idéia é difícil de aceitar quando alguém se mantém 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, pp. 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 este isto pode acarretar um retrocesso da história de conquista de direitos sociais, Rosanvallon 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 que retornar (p. 138).

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 ajuda a abrir as portas de acesso aos direitos sociais, incluindo saúde e outras dimensões do bem-estar, pelo fato de que leva às famílias necessitadas recursos e conhecimentos organizados pelo Estado.

Essa interface tem que desfrutar de certo grau de autonomia política e econômica em relação ao aparelho de Estado, para que funcione bem. O ACS não pode estar subordinado hierarquicamente aos poderes de mando que são 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 estão orientadas por um programa financiado e dirigido pelo Estado.

Os ACS habitam esta interface, embora não de forma definitiva, porque lhes está 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 têm-se visto com muita frequência, que se qualifiquem em cursos de auxiliar de enfermagem. O gráfico I pretende ilustrar a exata posição dos ACS nessa interface e suas possibilidades.

No referente ao alcance e formato das políticas sociais, coube à 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 deste importante programa do Governo Federal, no depoimento que nos prestou, assim explica as razões dessa valorização do papel social do ACS:

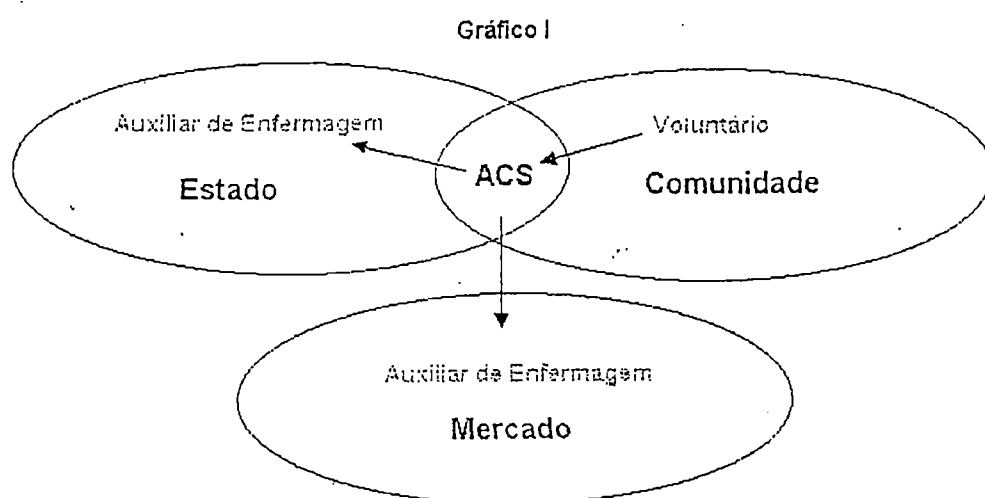
No Comunidade Solidária nós sempre tivemos a preocupação de valorizar a figura do Agente Comunitário, porque víamos era uma coisa nova, uma alternativa de atendimento à população, de sair daquele atendimento burocrático do servidor público para ser um atendimento com gente da própria comunidade, com 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 vocês 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. Neste 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 desta compreensão – ficava claro que não convinha criar mais um posto de servidor público para albergá-los, promovendo uma concessão ao paradigma que denominamos de utilitarista. Pode-se afirmar que esta 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 posta de uma maneira muito clara em documento elaborado em conjunto pelo Ministério da Saúde e o Comunidade Solidária (1997), nos seguintes termos:

As características da atuação dos ACS 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 impulso importante nesta direção foi dado em 1999, com a promulgação da lei que regulamenta a parceria de entidades estatais com as Organizações Sociais da Sociedade Civil (OSCIPs), que são ONGs devidamente reconhecidas na qualidade de representantes de um interesse público. Na proposição deste novo instrumento legal, o Comunidade Solidária teve papel de destaque. As OSCIPs automaticamente passaram a representar uma das melhores opções para a vinculação institucional dos ACS, na medida em que constituem operadores legítimos dessa interface institucional entre Estado e comunidade (ou sociedade civil). É possível conceituar a atuação dos ACS 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 ACS pôde 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 comunidade³. Acreditamos que essa concepção filia-se àquilo que Sousa Santos (1998) denomina de 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. Nas suas palavras, este 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 deste 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 deste movimento, que, segundo Sousa Santos, faz-se com um senso político inegavelmente progressista, de combate proativo às políticas neoliberais, sem pode contar, contudo, com uma 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

³ A respeito do significado das categorias sócio-filosóficas de dom, confiança e solidariedade, que fazem parte desse novo paradigma de políticas sociais, veja-se o artigo de Vellozo (1998).

distanciarmos excessivamente de nosso objeto de estudo, queremos concluir esta parte da análise, referente ao paradigma de políticas sociais, sublinhando a novidade desse movimento entre nós. Nas condições brasileiras, os ACS apareceram numa fase histórica em que já não se admite também que o Estado tenha que ser a fonte de todas as iniciativas e ações de bem-estar social, mas no qual a sociedade civil ainda não dispõe de entidades capazes de oferecer uma parceria ampla e forte para dar conta de muitas destas ações. Neste 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

Sob este tópico pretendemos esclarecer os elementos políticos, econômicos e jurídicos que estão envolvidos na questão da vinculação institucional. Tais elementos, em nosso juízo, devem ser devidamente entendidos e considerados numa política que busque atender o pleito de reconhecimento dos direitos desse trabalhador, mas 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 ACS 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 entre seus vizinhos. Muitos entram no programa após um período mais ou menos prolongado em que atuaram como agentes de saúde da Pastoral da Criança. Mas na Pastoral, exerceram seus pendoros 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 pendoros e, contudo, seja remunerada:

O trabalho agente de saúde hoje é na porta do cidadão - a visita domiciliar, dia a dia, 8 horas diárias. Então, hoje em dia ninguém pode trabalhar voluntário 8 horas diárias. Eu acho que cada vez mais reduz o número de agentes da Pastoral por essa razão, a maioria das pessoas que trabalham na pastoral estão hoje trabalhando no PACS, eles não conseguiram não abrir mãos dos quadros por essa dificuldade de sobrevivência (Tereza Ramos, Liderança Estadual dos ACS em Pernambuco).

É compreensível que, nestas circunstâncias de ascensão ao mercado de trabalho, os ACS 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 que 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. Poderia arranjar algum órgão para assinar nossas carteiras, pra que a gente possa dizer –

*“bom, daqui pra frente eu estou aposentado através do meu emprego que é o agente de saúde”
(Ana Maria do Nascimento, Liderança Local dos ACS em Sobral, CE).*

Que as lideranças dos ACS têm consciência da existência desse leque de alternativas de relações de trabalho e que nutrem a expectativa de uma solução assalariada para este problema fica claro no depoimento da presidente da associação dos ACS 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 que 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. Tem outros municípios que 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 ACS 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 em 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 ACS adotadas pelas secretarias municipais de saúde, com destaque para a existência de garantia de direitos associados à relação de trabalho, é apresentado no quadro I.

Quadro I – 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

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 da CLT, com contrato de prazo indeterminado, ainda existe em muitas prefeituras que não promoveram, em anos recentes, um ajuste de suas modalidades de vinculação ao que é requerido pela Constituição de 1988 no que se refere à implantação de um regime

estatutário unificado. Por outro lado, como decorrência da regulamentação da Emenda Constitucional número 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.

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 disto, esta 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 que é 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 nº 8.745, de dezembro de 1993. Embora prevista em especial para os casos de combate a endemias, esta modalidade de contratação por prazo determinado tem sido utilizada não só em relação aos guardas sanitários da dengue como também em relação aos ACS, havendo em muitos municípios um entendimento de que ambos são *agentes de saúde*.

Nos municípios que fizeram parte de nosso campo de entrevistas e observação, foram encontradas situações bastante diversificadas. Em Maracanaú e Sobral, assim como ocorre em praticamente todos os municípios do Estado do Ceará, os ACS recebem pagamento por prestação de serviços através das suas associações locais, sendo o recurso repassado pela Secretaria Estadual de Saúde e complementado pelas respectivas secretarias municipais. Nos demais municípios, dos Estados de Pernambuco e São Paulo, as secretarias municipais arcam com o total do custeio dos ACS, através de contrato ou convênio com entidades privadas. Em Recife e Camaragibe, os ACS recebem como autônomos filiados a uma cooperativa que reúne todas as categorias integrantes do PSF. Já em Cabo de Santo Agostinho (Pernambuco), operam duas cooperativas: uma, exclusiva dos ACS 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 atenção é que a multiplicidade de alternativas de vínculo institucional, estende-se a todos os membros da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), não sendo peculiar à situação do ACS. Na medida em que os ACS 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 indicam que tende a haver uma forma comum de vinculação institucional que é adotada para todos integrantes do PSF. Portanto, admitimos a hipótese segundo a qual, no caso em que há informalidade, ela afeta em comum os ACS e 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 ao PSF na condição de prestadores de serviço. Os dados disponíveis para o País como um todo, revelam um quadro menos dramático, mas no qual se ocorre ainda uma forte prevalência de relações informais de trabalho (com desproteção social ao trabalho). Em recente pesquisa, levada a cabo pelo Instituto de Saúde Coletiva da Bahia (ISC), 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 nos quadros II e III.

A categoria “contrato temporário”, adotada no estudo em questão, é bastante ambígua, porque pode abranger tanto relações celetistas, quanto contratos de excepcional interesse público, como também pode ser um mero disfarce para contratos informais de trabalho, um equivalente da prestação de serviços. Consideraremos, de todos os modos, que a soma dos municípios que adotam contratos temporários (44%) com os que usam contratos de prestação de serviços (24%) caracteriza uma situação singular que denominamos de *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, alcança mais de 60% dos municípios envolvidos nesse programa.

Quadro II - Municípios segundo Modalidade de Relação de Trabalho de Enfermeiros do PSF – Brasil, 1999

<i>Modalidade</i>	<i>Percentual</i>
<i>Contrato Temporário</i>	<i>44,0</i>
<i>Prestação de Serviços</i>	<i>24,0</i>
<i>Estatutário</i>	<i>16,2</i>
<i>CLT</i>	<i>11,3</i>

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

Quadro III – Municípios segundo Modalidade de Relação Institucional de Trabalho de Enfermeiros do PSF – Brasil, 1999

<i>Modalidade</i>	<i>Percentual</i>
<i>Governo Municipal</i>	<i>84,4</i>
<i>Governo Estadual</i>	<i>5,5</i>
<i>Associações Comunitárias</i>	<i>3,3</i>
<i>Iniciativa Privada</i>	<i>1,7</i>

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

Este tipo de informação vem a comprovar que as características de informalidade e precariedade não são, de modo algum, exclusivas dos ACS. 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. Nestas 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, 1996). Sendo assim, qualquer medida visando a diminuir a prevalência da informalidade enfrenta obviamente uma contrapartida de resistência na gestão financeira global desses programas.

Assim, os ACS emergiram 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 para acesso à tradição brasileira desses direitos e benefícios, na medida em que estes deixaram de ser alvo essencial das políticas públicas. Portanto, os ACS 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.

Alternativas de Solução para a Questão da Vinculação Institucional

A questão da vinculação institucional dos ACS 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, pp. 8 e 9).

Ao contrário do que indica o autor deste 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. Estas 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 a de médico e enfermeiro. O que vem dificultando a conversão dos ACS 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) uma maior seletividade das categorias admitidas, com destaque para o pessoal que desempenha “funções essenciais de Estado” nas áreas financeiras, jurídicas e segurança pública; b) limites legais (tais como a Lei Camata) impostos às despesas de pessoal da administração direta, fundações e autarquias; c) a preferência por formas indiretas (“mais flexíveis”) de relação institucional na admissão de pessoal operacional, o que pode ser posto em prática através de organizações sociais ou de 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 em forma separada do pleito existente pela 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 instâncias institucionais que interferem na dinâmica do mercado de trabalho dessas categorias. Sendo o ACS uma categoria ocupacional atípica, esta diretiva ganha ainda maior força e o Governo, neste caso, sente-se ainda mais à vontade para fazer valer-la. Estes aspectos doutrinários atuam em seu conjunto contra a proposta de converter o ACS em mais um tipo de funcionário público.

O texto antes citado é bem útil para caracterizar esta 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, 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 tem origem e com a qual se liga estreitamente pelo seu trabalho. Esta solução pode ser buscada de preferência através 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 ACS e sua relativamente baixa renda, justifica que seu caso seja tratado separadamente.

Examinaremos em seguida três alternativas de solução para a questão da vinculação institucional, 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; c) garanta a esse trabalhador *sui generis* os direitos referidos.

O quadro IV resume as características que consideramos mais relevantes para o problema da vinculação insitucional do ACS.

⁴ Os intentos de regulamentação do exercício da profissão de ACS pelo Congresso Nacional (entre outros, através do Projeto de Lei N. 332-A, de 1995, apresentado pelo Deputado Augusto Viveiros) são discutidos no opúsculo de Rocha (1998).

Quadro IV Alternativas de Vinculação Institucional dos ACS

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 criar 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 / 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 ACS 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 converte-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 apropriado para preservar o papel social do ACS, embora dependa da disponibilidade local de entidades que sejam da confiança dos gestores

A) 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 vai-e-vem, 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”; 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. Estas diretivas, que atualmente estão regulamentadas em lei recentemente aprovada pelo Congresso Nacional, decorrem da Emenda Constitucional Número 19, de 4 de Junho de 1998.

Por certo os governos municipais terão que 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 aos empregados públicos, no referente a férias, licenças, etc., e teria aposentadoria garantida quer através do regime previdenciário geral quer através 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 dado preferência aos regime de previdência geral, como prevê a correspondente lei federal. De resto, ao ACS seria facultado, como é de ordem constitucional, a organização sindical junto com os demais servidores públicos.

O ônus grande 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 que ser descartado. Estes 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 este tipo de lógica universalista, que é 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 dado 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 ACS mediante concursos públicos. A nova legislação, decorrente da reforma administrativa do Estado, dá maior viabilidade a tal alternativa, mas não elimina suas inconveniências.

B) Autônomo de Cooperativa Contratada pela Secretaria Municipal de Saúde

A relação de autonomia com organização cooperativa constitui uma alternativa não muito generalizada, que, talvez por razões 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 ao 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. Isto pode incluir também certos benefícios tais como licença-maternidade, férias e até o abono natalino. Em alguns desses casos, em que está implicado 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 ACS recebem por “prestação de serviços”.

O sistema de auto-gestão peculiar à cooperativa parece, à primeira vista, ser 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 tal maneira a valorizar a identificação com a comunidade e o pendor para a ajuda solidária. Não obstante, os ACS 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 processos contínuos 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 isto mesmo, jamais poderia ser apregoada como solução universal. De resto, não há evidências que o sistema das cooperativas favoreça tanto aos ACS 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 que são 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. Nestas circunstâncias, caem por terra suas vantagens aparentes face à mera remuneração do trabalho por “prestação de serviço”.

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

A relação assalariada e plenamente formalizada através do regime celetista representa, como comentado antes, a aspiração maior dos ACS em seu engajamento no mercado de trabalho. De outro lado, se esta 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 ACS diante dos imperativos políticos e burocráticos do aparato do Estado. Devido a estas particularidades, as entidades privadas sem fins lucrativos podem selecionar os ACS 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 a mais apropriada para atender simultaneamente ao pleito dos ACS 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 formatos institucionais principais que são previsíveis nesta modalidade de vinculação: a) com entidade filantrópica tradicional; b) com ONG comunitária; c) com ONG que congrega os próprios ACS.

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 dessas novos funcionários não lhes acresce um encargo administrativo muito pesado. No entanto, há aqui uma dificuldade que é de ordem ideológica e tem a ver com o fato de essas entidades desenvolverem ações fortemente “assistencialistas” que não estão voltadas para a promoção comunitária. Apesar de já serem bastante laicizadas, os objetivos imediatos dessas entidades não se coadunam com a missão de solidariedade comunitária que caracteriza o trabalho dos ACS. Portanto, a relação institucional não é “orgânica” ao papel social cumprido pelos ACS. Neste caso, estes podem 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 freqüentemente com a missão dos ACS nos aspectos de ação intersetorial 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 através de convênio com associações de moradores. Nestes 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. Esta situação pode acarretar, inclusive, um desvio em relação a seus objetivos sociais de origem.

Há, finalmente, a proposta de organização dos ACS 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. Uma descrição muito preliminar de sua natureza e composição apresentamos nos seguintes pontos:

- 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 a uma entidade dedicada à promoção solidária do bem-estar comunitário, a qual, para cumprir com estes objetivos, serve-se de um quadro amplo de funcionários;
- c) a maioria de seus funcionários está constituída pelos próprios ACS, mantidos em regime celetista;
- d) dispõe, ademais, de um número pequeno de funcionários administrativos que são requeridos sobretudo para as tarefas de gestão de pessoal;
- e) obedece aos requisitos de ordenamento institucional estabelecidos pela Lei nº 9.790, 23 de Março de 1999, para fins de qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e de manutenção de Termo de Parceria com as secretarias municipais de saúde.

Como sói acontecer com propostas ideais, o que falta a esta alternativa são bons exemplos de experiências já consolidadas e avaliadas. De todos os modos, caso haja uma decisão política efetiva 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 ACS acerca das vantagens e da legitimidade dessa opção, bem como para apoiar sua implantação nos municípios.

Conclusão

O ACS pode ser visto como um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas que não estão 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 que é uma 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 ACS tem de ser ancorado neste perfil social. Devido a essas características, que valem para todo os contextos de desenvolvimento econômico-social dos municípios, o ACS constitui um trabalhador *sui generis*.

A especial vulnerabilidade econômica desta categoria de trabalhador justifica que a política de recursos humanos do SUS adote a 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 através da incorporação dos ACS enquanto servidores públicos. Mas, neste caso, é bem provável que o perfil social seja seriamente comprometido, devido a uma previsível identificação com os interesses corporativos desses funcionários. Isto pode ocorrer mesmo na hipótese da adoção do chamado emprego público, que recria o regime celetista no setor público. A alternativa de formação de cooperativa de trabalhadores evita este problema, mas a capacidade de estabelecerlas coletivamente e de exigir o atendimento aos direitos trabalhistas pelos gestores encontra-se na dependência de circunstâncias, que são excepcionais, de mobilização política e de poder de barganha por parte desta 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 ACS, na qualidade de celetistas, quanto para resguardar os compromissos comunitários incluídos no perfil social desses trabalhadores: As Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPs), reguladas pela Lei nº 9.790, 23 de Março de 1999, são as entidades que melhor se prestam a operar esta interface e a absorver a administração dos ACS como parte de seus esforços de desenvolvimento local e de ajuda comunitária. Mais especificamente, sugerimos que os ACS, 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 entidades corporativas, mas como mantenedoras de uma missão de prestação de serviços solidários na comunidade, cuja expressão exemplar encontra-se no trabalho cotidiano realizado pelos ACS.

Referências

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, Projeto de Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP, Junho de 1999

Esping-Andersen, G. The Three Worlds of Welfare Capitalism, Princeton University Press, Princeton, 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 e Comunidade Solidária, Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, Série Prefeito Solidário, Brasília, 1997

Ministério da Saúde, Avaliação Qualitativa do PACS, Brasília, 1994

Ministério da Saúde, Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família (PSF), Relatório Preliminar, Brasília, 1999 (Inédito)

Paes, J. E. S. Fundações e Entidades de Interesse Social, Aspectos jurídicos, administrativos, contábeis e tributários, Brasília Jurídica, Brasília, 1999

Rocha, L. Por Que Regular a Profissão de Agentes Comunitários de Saúde?, INESC, Brasília, 1998

Rosanvallon, P. A Nova Questão Social, Repensando o Estado Providência, Instituto Teotônio Vilela, Brasília, 1998

Santos, A. L. Encargos Sociais e Custo do Trabalho no Brasil, in Oliveira, C. A. & Mattoso, J. E. L. (Org.) Crise e Trabalho no Brasil, Modernidade ou volta ao passado?, Página Aberta, Campinas, 1998

Siqueira Neto, J. F. Flexibilização, desregulamentação e o direito do trabalho no Brasil, in Oliveira, C. A. & Mattoso, J. E. L. (Org.) Crise e Trabalho no Brasil, Modernidade ou volta ao passado?, Página Aberta, Campinas, 1998

Sousa Santos, B. A Reinvenção Solidária e Participativa do Estado, Trabalho Apresentado ao Seminário Internacional Sociedade e a Reforma do Estado, patrocinado pelo ex-MARE, São Paulo, Março de 1998

UNICEF. Programa de Agentes de Saúde do Ceará. – Estudo de Caso, Relatório por Minnayo, M. C. et alii, Fortaleza, 1990

Vellozo, V. Comunidade Solidária: Há Algo de Novo no Reino das Políticas Sociais, PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 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, Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, 1998

CÂMARA MUNICIPAL DE MARATAÍZES

Parecer da Comissão de Legislação, Justiça e Redação Final

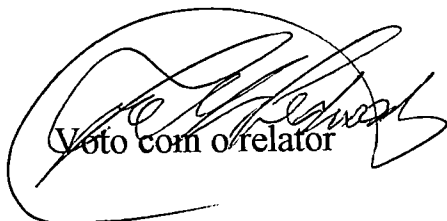
Projeto de Lei de n.º 393/00 é legal e no seu mérito atende a legislação pertinente à matéria.

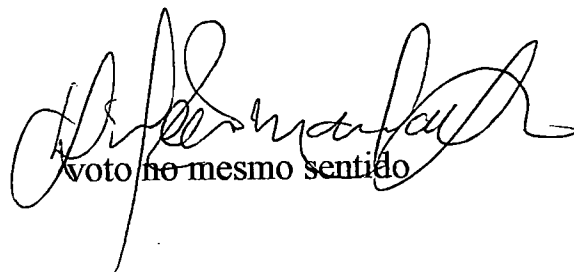
Somos pela sua apreciação e votação pelo Plenário desta Casa de Leis.

Plenário "Elias Silva "19 de abril de 2000

Erudina marcelo da Silva

Relator


Voto com o relator


voto no mesmo sentido

Exm.º Sr. Presidente da Câmara Municipal de Marataízes - Espírito Santo

Câmara Municipal de Marataiz
Protocolo N. 306
Data 04/04/00


As 21:30hs

AGISSÉ MELCHIADES DE SOUZA FILHO, Vereador com assento nesta Casa de Lei, vem com base no Regimento Interno, apresentar a seguinte EMENDA MODIFICATIVA ao projeto de Lei n.º 393/00, que é do seguinte teor:

- artigo 5º, passara a ter a seguinte redação:

Artigo 5º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 30 de março de 2.000.

Sala das Sessões, 03 de abril de 2.000


Agissé Melchiades de Souza Filho
Vereador