

A reconfiguração gerencial do estado brasileiro e os trabalhadores da saúde

Filippina Chinelli, Mônica Vieira, Márcia Lopes, Anna Violeta Durão, Márcia Valéria Morosini, Alda Lacerda, Valéria Carvalho

O texto é parte do estudo “Políticas de trabalho em Saúde e a Qualificação dos ACS: dinâmica e determinantes”, desenvolvida pelo Observatório dos Técnicos em Saúde da EPSJV/FIOCRUZ, com financiamento da RORHES.

Seu objetivo é analisar as repercussões da reconfiguração gerencial do estado brasileiro idealizada por Bresser Pereira e implementada por FHC a partir de 1995, sobre as políticas de formação profissional e as relações de trabalho em que estão inseridos os trabalhadores da saúde, mais especificamente, aqueles que atuam nos serviços de atenção básica -- entre os quais se localizam os agentes comunitários de saúde.

Os anos 1990 inauguraram no Brasil, por imposição dos organismos internacionais, um novo modelo econômico com o objetivo de obrigar o país a honrar com os juros da dívida externa. Em linhas gerais, esse modelo econômico pode ser caracterizado pela abertura comercial; liberalização financeira; desregulamentação do mercado de trabalho; equilíbrio fiscal; e, estabilidade dos preços. Essas mudanças encerram um ciclo que se caracterizou pela participação direta do poder público não só em setores considerados estratégicos para o desenvolvimento do país, como também de serviços como a educação e a saúde, resultando em políticas sociais fortemente restritivas. Especificamente no que se refere à saúde, a atuação dessas agências se orientou no sentido de flexibilizar os avanços propostos pela reforma sanitária e contemplados pela Constituição de 1988, com a instituição do SUS, sobretudo no que se refere à universalização do acesso.

É nesse contexto que se intensifica o debate sobre a necessidade de promover o desenvolvimento quantitativo e qualitativo dos trabalhadores de nível fundamental e médio para atuarem nos serviços de atenção básica, de acordo com os compromissos assumidos na Conferência de Alma-Ata e exigência indispensável para a efetiva construção de um sistema único de saúde.

Não são poucos os documentos oficiais – e os trabalhos acadêmicos que registram a precariedade das relações de trabalho e da formação profissional dos trabalhadores da saúde de nível fundamental e médio. Na interpretação de Vieira (2005:22)¹, a realização em 1993 da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde², permitiu registrar a contradição e a tensão que, desde os anos 1980, marcavam as políticas voltadas para os trabalhadores em saúde, tendo em vista a situação “caótica” em que então se encontravam os serviços e as práticas de saúde” comprometendo “a própria idéia do SUS”. De fato, o relatório final da Conferência reconhece que os graves problemas enfrentados pelos trabalhadores – contingente expressivo com vínculos e salários diferenciados; precárias condições de trabalho; não definição de um plano de cargos e salários específico para os trabalhadores do SUS; precariedade da formação profissional em nível técnico -- resultavam, sobretudo da política neoliberal que orientou a reforma do Estado” (MS, 1994;14).

¹Vieira, Monica. Trabalho e qualificação no SUS e a construção dos modos de ser trabalhador nas organizações públicas de saúde. Tese de doutorado. IMS/UERJ, 2005.

²Brasil. 2ª. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório final. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

Os anos 1990, porém, não foram favoráveis ao enfrentamento dessas questões. Em consonância com a agenda da reconfiguração neoliberal do Estado, Bresser Pereira apresentou em meados de 1995, o documento intitulado “Reforma administrativa do setor saúde”³ no qual reconhece o SUS como a “política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado brasileiro desde a transição democrática” (1998:11). Ao mesmo tempo, porém, ressalta como pontos de estrangulamento do sistema a lentidão do processo de descentralização e a baixa qualidade do atendimento hospitalar e ambulatorial, o justificaria a priorização de ações de caráter preventivo.

Essa perspectiva restritiva instaurou a prevalência de políticas focalizadas com a adoção da pobreza como critério de inclusão no sistema. A isso somaram-se medidas desregulamentadoras das relações de trabalho; a adoção de diferentes formas de terceirização do trabalho; a privatização e terceirização de serviços de saúde; e a implementação de parcerias público-privadas. Implicou também no crescimento da atenção primária seletiva em detrimento da atenção primária abrangente proposta em Alma-Ata, ou seja, na oferta de um pacote limitado de serviços de baixa complexidade para a população empobrecida, configurando o que muitos denominam de uma “política pobre para os pobres”.

Em consonância com as diretrizes restritivas acima expostas, a Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS da Secretaria Executiva do MS, lançou em 1995 o documento “Política de Recursos Humanos para o SUS. Prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde” (Brasil, 1995)⁴, no qual se ressalta que o Ministério da Saúde deveria ultrapassar a cultura executiva que até então predominara e substituí-la pela “atuação regulatória sobre fatores e condições que determinam ou têm a ver com o estado da saúde dos indivíduos e populações bem como com suas tendências” (idem:10).

Quanto à formação de profissionais de nível fundamental e médio, cabe destacar principalmente que o documento citado rejeita a concepção “extremamente polivalente” desse e a necessidade de se adotar uma perspectiva “mais conseqüente” que incorporasse “a lógica da segmentação do trabalho especializado, onde o profissional de nível médio vincula-se a uma linha de trabalho encabeçada por um profissional de nível superior, que lhe delega funções e é responsável pela supervisão do seu trabalho” (SE/MS, 1995:24). Isso significou a rejeição de uma concepção de educação mais ampla – a educação politécnica – que “tem por objetivo permitir o domínio dos fundamentos das diversas técnicas utilizadas na produção, e não o mero adestramento em técnicas produtivas” (Lima, 2007)⁵.

Outro aspecto do mesmo documento diz respeito “ao significado e às implicações da expressão ‘ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde’, apontando-se duas alternativas, dentre elas “fomentar, num esforço amplo e sistemático, programas de educação continuada para os profissionais dos serviços, também coerentes em seus propósitos e métodos educativos com aqueles princípios, executados pelas próprias escolas e faculdades de ciências da saúde” (Brasil, 1995:26).

³ Bresser Pereira, I. C. “A reforma administrativa do Sistema de Saúde”, *Cadernos do MARE* no. 13 Brasília, 1998.

⁴ Brasil/MS. Política de Recursos Humanos para o SUS. Prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde. Brasília, 1995.

⁵ Lima, Júlio César França. “Neoliberalismo e formação profissional em saúde”. *Trabalho Necessário* (online), ano 5, no. 5, 2007.

Anunciava-se aí uma formação profissional em saúde que deveria adequar-se ao receituário neoliberal que requer a formação de subjetividades capazes de encarar como “naturais” as condições de exploração “flexível” que implicam a disposição para correr riscos, lidar com a incerteza e reorganizar continuamente o exercício de suas atividades. Em resumo, a concepção “abrangente” de educação do SUS foi substituída “por uma concepção restrita, de cunho individualista e voltada prioritariamente para o local de trabalho (...)” (Lima, 2007).

Obviamente, todas essas mudanças acarretaram tensões e resistências que podem ser detectadas, por exemplo, nas 10^a e 11^a Conferências Nacionais de Saúde que reiteram a necessidade de implementação de uma política de recursos humanos para o SUS. Puderam ser detectadas também nas lutas dos agentes comunitários de saúde em busca do reconhecimento legal da profissão, de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas e sociais. De fato, a centralidade que o trabalho dos ACS adquiriu nas últimas duas décadas no âmbito da atenção básica não encontrou correspondência nas políticas voltadas para os trabalhadores da saúde no mesmo período. Esses trabalhadores, desde o surgimento do PACS enfrentam as mais precárias condições de trabalho -- contratos de “boca”, baixíssimos salários, baixa efetividade das políticas de elevação de escolaridade e de formação profissional --, problemas que, de resto, foram e ainda são comuns a uma boa parte dos trabalhadores da saúde de nível fundamental e médio.

Esses e outros movimentos contra-hegemônicos traduzem o embate das forças que defendem a saúde pública, universal, integral e equânime, e aquelas que defendem a saúde seletiva, restritiva, e com forte ênfase no mercado e que se expressam na dificuldade de implementar os princípios ético-políticos da reforma sanitária e do SUS diante da clara predominância do projeto neoliberal a partir dos anos de 1990.

Palavras-chave: políticas públicas, atenção básica, agentes comunitários de saúde