

ANALISANDO O PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

Anna Violeta Durão¹

Alda Lacerda²

Filippina Chinelli³

Marcia Raposo Lopes⁴

Marcia Valéria Morosini⁵

Monica Vieira⁶

Valéria Carvalho⁷

Este trabalho é parte da pesquisa “Políticas de Trabalho em Saúde e a Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): dinâmica e determinantes”, desenvolvida pela Estação Observatório dos Técnicos em Saúde que visa identificar os principais sujeitos políticos envolvidos na qualificação dos ACS, bem como analisar os direcionamentos e embates em disputa nesse processo. Entende-se que a qualificação se constitui em um campo de embate entre diferentes concepções de trabalho, saúde e formação profissional.

As discussões aqui desenvolvidas partem de diferentes formas de aproximação do trabalho deste profissional – seja por um

¹Professora-pesquisadora do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS) da EPSJV. Mestre em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF, 2001). Contato: violetadurao@epsjv.fiocruz.br.

²Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (LABORAT) da EPSJV. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz, 2002). Contato: alda@epsjv.fiocruz.br.

³Professora-pesquisadora do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS) da EPSJV. Doutora em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF, 2008). Contato: pina@epsjv.fiocruz.br.

⁴Professora-pesquisadora do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS) da EPSJV. Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ, 2006). Contato: mlopes@epsjv.fiocruz.br.

⁵Vice-diretora de Ensino e Informação da EPSJV. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ, 2009). Contato: mguima@epsjv.fiocruz.br.

⁶Professora-pesquisadora do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS) da EPSJV. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ, 2005). Contato: monicavi@epsjv.fiocruz.br.

⁷Professora-pesquisadora do Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde (LABFORM) da EPSJV. Mestre em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF, 2006). Contato: valcarvalho@epsjv.fiocruz.br.

acompanhamento diário de suas atividades em uma unidade de Saúde da Família no interior do Estado do Rio de Janeiro, seja através de entrevistas específicas com alguns ACS desta região ou do município do Rio de Janeiro, seja através de discussões em sala de aula com alunos-trabalhadores-ACS sobre seu processo de trabalho.

UM POUCO DE HISTÓRIA: A CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O direito à saúde como dever do Estado no Brasil foi conquistado há apenas duas décadas, resultado de um longo processo de lutas sociais que no contexto da resistência ao autoritarismo e do processo de redemocratização do país configurou o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Esse movimento criou as condições de possibilidade para que a saúde fosse incorporada à ordem constitucional enquanto dever de Estado e direito de todos os cidadãos brasileiros. Esta incorporação, entretanto, se dá atravessada por diferentes interesses e concepções do que seja saúde.

Como um dos pontos de referência que marcam os diversos matizes destas concepções, temos as propostas da RSB que configuraram um projeto expresso no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 cujo texto sublinhava a natureza política do processo de garantia de saúde para a população, considerando-o muito mais que uma reforma administrativa e financeira.

É neste sentido que se toma como saúde

[...] a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4).

E que direito à saúde passa a significar

[...] a garantia, pelo estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional. (BRASIL, 1986, p. 4).

Seguindo estas concepções, como ressalta Arouca (1988), a RSB precisa ser compreendida em dois sentidos: o primeiro como bandeira específica da área que envolve o campo das instituições, da produção de mercadorias e equipamentos, assim como da formação dos trabalhadores do setor. O segundo como parte integrante de um conjunto amplo de mudanças da ordem social vigente, o que reafirma sua inserção no campo da política e sua relação com a noção de uma “democracia progressiva”⁸ tendo o socialismo como horizonte (OLIVEIRA, 1987).

Como nos aponta Paim (2008):

A democratização da saúde, na realidade, exigiria algo mais que a formulação de uma Política Nacional de Saúde ou a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Significava a revisão crítica de concepções, de paradigmas, de técnicas, mas também mudanças no relacionamento do Estado e de seus aparelhos com a sociedade e dos funcionários com os cidadãos. (PAIM, 2008, p. 136).

Entretanto, outros conjuntos de interesses se fazem presentes também no processo de construção do direito à saúde no Brasil. Garantido na forma da lei na Constituição de 1988, este direito materializar-se-á a partir das políticas públicas de saúde propostas nos anos de 1990 e de 2000 que trazem consigo uma conjuntura política diversa e o fortalecimento de novas ideias em relação à saúde.

Assim, a universalização do sistema de saúde, já no início dos anos de 1990, mostra-se um grande desafio. Com a eleição de Fernando Collor de Mello, o projeto neoliberal torna-se hegemônico e o país é submetido a toda sorte de ajustes ditados pelos organismos financeiros internacionais, produzindo a reconfiguração do Estado e favorecendo a ideia de focalização das políticas sociais, implementadas com a forte presença de parcerias público-privadas.

⁸Considerando o contexto de abertura política da época.

O impacto deste projeto no campo das políticas de saúde foi profundo. As duas últimas décadas se caracterizaram pela continuidade da escassez de investimentos públicos e pela dependência de recursos externos, sobretudo do Banco Mundial. Nesse quadro, a construção do SUS tal como idealizado pela RSB fica comprometida e se recoloca a partir de um novo jogo de forças onde ganham espaço propostas de políticas centradas no alívio da pobreza⁹ em contraposição a políticas de cunho universal alicerçadas na crítica à ordem social vigente.

O DIREITO À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Embora a instituição do direito à saúde no Brasil e a implantação do SUS tenham se efetivado legalmente no fim dos anos 80 e início dos anos 90, respectivamente, neste momento (e talvez possamos dizer até hoje) o Brasil não dispunha de um modelo de atenção que respondesse às necessidades de saúde da população. Atravessado pela herança do modelo do INAMPS, extremamente excludente e centrado na atenção hospitalar¹⁰, o novo sistema começa a se organizar aproveitando algumas das novas experiências vividas na década de 1970 quando se inicia o movimento de extensão da atenção em saúde em nosso país.

Conforme nos apontam Corbo, Morosini e Pontes (2007), a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), ainda em 1976, possibilitou a ampliação da atenção básica em nosso país com ampla utilização de pessoal recrutado nas próprias comunidades beneficiadas com estes serviços e com baixa escolarização, multiplicando experiências de práticas de saúde com trabalhadores não qualificados recrutados na comunidade. Além disso, outras instituições desvinculadas do Estado, como a Pastoral da Criança, a Pastoral da Saúde, o Movimento Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, também estimularam o desenvolvimento de

⁹Condição indispensável à perpetuação do sistema capitalista mundial.

¹⁰Sobre isso, ler Baptista (2005).

projetos que contribuíram para a difusão do exercício desta prática no país – contando, muitas vezes, inclusive, com trabalho voluntário. Construídas em função de críticas ao modelo de atenção vigente, muitas destas experiências se constituem como bandeiras da RSB.

Nessa perspectiva, mas dentro de uma conjuntura onde o ideário neoliberal se estabelecia com força no Brasil, o governo Collor de Mello criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS)¹¹ em 1991, pautando-se nos resultados exitosos do Programa de Agentes de Saúde do Ceará, implantado em 1987.

Com o objetivo de diminuir as mortalidades materna e infantil nas áreas mais pobres, concentrando-se principalmente nas regiões Norte e Nordeste, essa experiência apontou a relevância do trabalho dos ACS para os serviços básicos de saúde nos municípios e os bons resultados alcançados contribuíram de forma decisiva para a criação, em 1994, do Programa Saúde da Família – PSF, que inseriu os ACS em uma equipe de saúde composta também por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Em 1996, mesmo em pleno curso das reformas de orientação neoliberal, o Programa de Saúde da Família deixou de se restringir às regiões mencionadas, sendo reconfigurado como uma estratégia voltada para a remodelação do sistema de atenção à saúde em seu conjunto, passando, por isso mesmo, a ser denominado Estratégia Saúde da Família – ESF¹².

Assim, neste ano, o PSF passou a ser visto como uma estratégia de mudança do modelo assistencial, tendo como objetivo geral imprimir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde centrada na lógica da vigilância à saúde¹³, configurando-se como uma proposta substitutiva de reestruturação do modelo assistencial.

¹¹Este programa posteriormente passa a denominar-se Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

¹²Em 2007, havia aproximadamente 107 milhões de pessoas acompanhadas por mais de 211.000 Agentes Comunitários de Saúde, atuando em 5, 3 mil municípios brasileiros. Em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros>

¹³Segundo Teixeira et al. (1998), a vigilância à saúde parte da localização sociopolítico-geográfica do processo saúde-doença, favorecendo o entendimento dos problemas de saúde em seu contexto territorial, assim como o adequado planejamento das intervenções necessárias.

Do ponto de vista governamental, a ESF se estrutura no sentido de propiciar

a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, apud SILVA e DALMASO, 2002, p. 59).

Nesse sentido, busca romper com o modelo hospitalar que se caracteriza por uma visão de saúde restrita, entendida no sentido curativo da doença. Contrapondo-se a ele, a ESF ressalta a importância de se compreender a saúde em seu sentido mais amplo, ou seja, como um direito a uma vida saudável, inserida na estrutura social que a cerca. O centro da atenção amplia-se do indivíduo para a família, atuando no sentido de prevenção da doença. Dessa maneira, foca a sua intervenção na atenção básica¹⁴, busca ampliar o acesso ao Sistema Único de Saúde e procura assegurar maior integralidade do atendimento.

No entanto, alguns autores (RIZZOTTO, 2000; SILVA, 2008) vêm salientando que a ESF pode ser entendida como uma política direcionada a grupos em estado de pobreza, ou seja, como resposta às nefastas consequências dos ajustes de recorte neoliberal sobre a vida da maioria da população brasileira. Dessa perspectiva, a implantação do programa constituiria uma forma de racionalizar os recursos do Estado destinados aos segmentos sociais que não atraem o interesse da iniciativa privada.

Na realidade, como nos aponta Machado (2007), esse movimento no sentido da reorientação da atenção em saúde no Brasil, em especial a ESF, se constrói aglutinando de forma contraditória ao menos dois projetos diferenciados e em disputa quanto aos ru-

¹⁴A atenção básica compreende “o conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (MS, 2001).

mos do sistema de saúde. De um lado, o Projeto da RSB, que tem como objetivo principal assegurar a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos e a transformação social; de outro, o projeto articulado às propostas dos organismos internacionais que propõe o fortalecimento das ações básicas de saúde garantindo uma atenção pública à saúde a custos reduzidos com o intuito de mitigar a pobreza.

Dentro deste contexto, apontados como o diferencial da nova lógica de atenção, os Agentes Comunitários de Saúde tornam-se protagonistas deste processo, visto que atuam como mediadores entre a “comunidade” e a ESF e o SUS. O trabalho deles tem sido, por isso mesmo, objeto de intensa discussão não só no ambiente acadêmico e no âmbito das instâncias pertinentes dos três níveis de governo, como também nos seus próprios órgãos de representação política. O debate se desenvolve em torno da natureza da atividade exercida pelo ACS – ambígua ou *sui generis* para alguns autores (NOGUEIRA et al., 2000) – e articula, entre outras questões, a relação de trabalho, a formação profissional e o pertencimento social dos agentes. Sem perder de vista tal articulação, as páginas que se seguem apresentam uma reflexão sobre o processo de qualificação do ACS, buscando contribuir para a superação da sua desvalorização social, o que se contrapõe à pauta política por uma melhor qualificação dos trabalhadores da saúde, de uma maneira geral (MOROSINI et al., 2007).

DISCUTINDO O CONCEITO DE QUALIFICAÇÃO

Embora, na interpretação de Ramos (2002), o conceito de qualificação seja polissêmico, podendo, portanto, ser apropriado para diferentes fins, quando entendido em uma perspectiva histórica, traz contribuições importantes para se refletir sobre a organização e os processos de trabalho contemporâneos, especificamente os relativos aos Agentes Comunitários de Saúde.

Incorporando a crítica à relação linear que com frequência se faz entre o conteúdo de um determinado trabalho e o tempo de formação necessário para ocupá-lo, o conceito de qualificação, quando entendido na sua articulação histórico-concreta, procura apreender não a essência do que é trabalho qualificado ou desqualificado, na medida em que este se constitui como um campo de disputas. Busca, assim, desvelar o processo e o produto decorrente da relação social que o próprio trabalho engendra que decorre, por um lado, da relação e das negociações tensas entre capital e trabalho e, por outro, de fatores socioculturais que influenciam o julgamento e a classificação que a sociedade faz sobre os empregos, os indivíduos e suas capacidades (MACHADO, 1996; RAMOS, 2002). Essa abordagem impõe reconhecer o mundo do trabalho como um âmbito da produção e regulação política de relações sociais, sustentadas em representações subjetivas que convivem com a produção de bens (CASTRO, 1993).

Assim entendido, o conceito de qualificação permite amplas possibilidades para repensar os processos produtivos e formativos. Dados os limites aos quais se deve ater o texto, serão destacados a seguir alguns aspectos dos principais embates que envolvem hoje o processo de qualificação dos ACS.

O PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DOS ACS

A atividade dos ACS foi criada prioritariamente para dar conta de necessidades fundamentais dos setores que mais sofrem com os efeitos da mundialização do capital. Nesse sentido, ela está intimamente ligada ao movimento *desigual e combinado* do processo de acumulação do capitalismo que produz, ao mesmo tempo, um avanço acelerado das bases tecnológicas e um aumento crescente do nível de precarização de vida da maioria da população.

Como já se apontou, foi com o Programa de Agentes de Saúde do Ceará que pela primeira vez se recrutou um amplo contingente de

ACS¹⁵. Na ocasião, na tentativa de controlar os dramáticos efeitos sociais da seca que assolava o Estado, foram contratados 6.113 trabalhadores, dos quais a grande maioria era composta por mulheres. O treinamento foi realizado em duas semanas como preparação para um trabalho que durou, inicialmente, entre seis e doze meses. Este fato permite constatar que, especialmente em suas experiências iniciais, o Programa apresentava como uma de suas marcas a relação entre o estado de vulnerabilidade e pobreza das populações atendidas e a formação aligeirada dos trabalhadores, em concordância com diretrizes emanadas do Banco Mundial para o qual, na opinião de Rizzoto:

Os recursos humanos que atuariam nos serviços públicos deveriam originar-se da própria comunidade, o que (...) facilitaria a permanência e maior conhecimento da população. Tais trabalhadores receberiam um tipo de formação elementar simplificado, suficiente para executar atividades de prevenção, cuidados materno infantil, planejamento familiar e orientações voltadas para o meio ambiente. (RIZZOTO, 2000, p. 160).

Sem exigência de escolarização e identificado com a população “marginalizada” a quem deveria atender, este novo profissional, embora enaltecido como o diferencial do modelo de atenção à saúde proposto, tem seu trabalho caracterizado como atividade simples que prescindiria de qualquer formação mais estruturada.

Montaño (2003, p. 174), refletindo sobre a ênfase dada ao estímulo a ações voltadas para a vida em família e a comunidade, questiona: “Que tipos de família e comunidade seriam possíveis, constituídas por desempregados?”. De certa forma, a inserção dos ACS na ESF representa uma resposta do poder público à indagação do autor, pois cria uma atividade remunerada dentro das comunidades, ocupada sobretudo por mulheres que se encontram em condição de desemprego, sendo elas as responsáveis por disseminar ao restante

¹⁵Vale observar que a proposta de trabalho instituída para os ACS tanto no PACS quanto no PSF esteve presente em políticas públicas anteriores e em propostas alternativas de ampliação de cobertura da saúde para populações específicas, que de qualquer maneira guardavam o caráter de suprir necessidades básicas de saúde de populações marginalizadas pelo capital (SILVA e DALMASO, 2002).

da população ações educativas para o enfrentamento de problemas os mais diversos, inclusive os de saúde, incentivando a auto-organização, o autocuidado etc. Nessa perspectiva, os ACS atuam, de um lado, como remediadores da ampliação da demanda por cuidados provenientes da própria falta do Estado na solução dos problemas da população; e, de outro, apresenta-se como uma forma de geração de renda para segmentos que não têm condições de inserir-se no mercado formal.

Cabe ainda acrescentar que a sua atuação na comunidade pode ser entendida como resultante da orientação impressa pelo Estado no sentido da construção de valores éticos e morais do “novo” cidadão colaborador que, frente à retração dos investimentos nas políticas sociais, passa a ser incentivado a atuar local e contingencialmente na solução de problemas sanitários (NEVES et al., 2005). Isto pode ser significativo da influência da disseminação pelos organismos internacionais do conceito de “capital social”, entendido como “um instrumento para a formação da ética da responsabilidade coletiva, de fortalecimento da subjetividade e uma estratégia de recomposição da cidadania perdida pelo aumento da desigualdade (...)” (NEVES et al., 2007, p. 54). Espera-se que frente à retração das políticas sociais se desenvolva uma cultura cívica capaz de reverter a situação de pobreza na qual se encontra a população.

Motta (2007) assinala que o conceito de capital social ganha relevo em todo o mundo, devido ao descrédito na política, pois, na avaliação da autora, com a exacerbação das desigualdades e da pobreza, houve a ampliação das demandas sociais que não foram atendidas pelo Estado, passando-se a enfatizar o discurso da necessidade de solidariedade e a colaboração entre os membros da comunidade. Acredita-se, desta maneira, o Estado apostou na utilização de uma força de trabalho detentora de habilidades construídas no âmbito doméstico como forma de, a um só tempo, ampliar a cobertura da assistência e manter a coesão social a custos reduzidos.

Note-se que as habilidades vistas como próprias da socialização feminina são comumente tomadas como inerentes aos sujeitos

e, neste sentido, circunscritas ao campo do trabalho simples e sem qualquer reconhecimento social. Ou seja, as atividades desenvolvidas por estas trabalhadoras, ainda que consideradas fundamentais para a atual política de saúde do país, são sistematicamente desqualificadas como funções que prescindem de habilidades ou conhecimentos mais complexos¹⁶.

Porém, no âmbito dos ACS, tem-se verificado um movimento de resistência a essa percepção do trabalho, empreendendo-se um processo de organização e de lutas da categoria no sentido da obtenção de melhores condições de trabalho e de formação técnica.

Este processo denota as disputas em torno da constituição e consolidação do SUS. Na realidade, quando da criação do PNACS, o embate já estava colocado, conforme demonstra a inclusão de um conjunto de trabalhadores organizados ligados ao Movimento de Reforma Sanitária brasileiro que desenvolviam as atividades de agentes de saúde voluntariamente. A posterior reestruturação do Programa tornando-o uma política estratégica do Ministério da Saúde acabou trazendo novos matizes a esse contexto.

No que diz respeito à qualificação dos ACS, uma importante conquista foi o reconhecimento de sua profissão e o estabelecimento normativo da sua profissionalização técnica por meio da Lei nº 10.507/2002. Posteriormente, a Lei nº 11.350/2006 estabeleceu o direito ao vínculo estável e direto com os municípios, o que disparou um processo de desprecarização do trabalho destes profissionais (MOROSINI et al., 2007). Vale acrescentar que, na maioria dos municípios, o vínculo que predomina é via CLT. Desta forma, essa é uma questão ainda em aberto, se configurando como pauta de luta para esses trabalhadores.

Tais conquistas evidenciam pontos fundamentais da discussão do processo de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: aquelas relativas à gestão do trabalho concernentes a esta

¹⁶Cabe acrescentar que a desvalorização do trabalho feminino não é característica apenas do PACS. Vários autores (HIRATA, 1998; ANTUNES, 1991; KERGOAT, 1984) vêm salientando que, com a reestruturação produtiva, os níveis de segregação ocupacional segundo o sexo vêm se ampliando, com correspondente aumento do contingente de trabalhadores femininos no mercado, ocupando, na maioria da vezes, postos de trabalho precarizados, com pouca ou nenhuma proteção legal.

categoria de trabalhadores e o debate acerca dos aspectos técnico-políticos da sua formação.

Sobre o primeiro ponto, vale dizer que, seguindo as diretrizes do governo brasileiro à época (anos de 1990), o PACS e o PSF, e, posteriormente, a ESF se estruturaram sem ter os seus trabalhadores incorporados à rede pública de saúde com vínculo de trabalho estável. No caso dos ACS, especificamente, a precarização do trabalho era tamanha que muitos deles eram contratados apenas verbalmente. Acresce-se a isso que, com frequência, a seleção destes trabalhadores obedecia à troca de favores políticos.

As conquistas da Lei nº 11.350/06 representaram enorme salto no sentido da construção de um espaço de trabalho técnico-profissional desvinculado de possíveis injunções de políticas eleitoreiras locais. Embora o processo de desprecarização dos vínculos de trabalho e a obrigatoriedade de seleção pública destes trabalhadores ainda estejam no início, não se pode negar o caráter positivo das mudanças no exercício cotidiano de seu trabalho.

Em relação ao segundo ponto, é possível afirmar que a profissionalização dos agentes está conectada à ampliação das exigências de formação, considerando que, inicialmente, os pré-requisitos para a sua atuação eram apenas o domínio da leitura e da escrita e ser maior de 18 anos (além de ser morador da comunidade atendida). Atualmente, para o exercício da profissão, é necessária a conclusão do Ensino Fundamental e o término com aproveitamento de curso de qualificação inicial. Além disso, embora não exista exigência legal da finalização do Ensino Médio e de curso técnico de ACS para ingressar no trabalho, a construção e publicação pelo MS de referencial curricular deste curso técnico¹⁷ e o entendimento de que o curso de qualificação inicial exigido aos profissionais é a primeira

¹⁷O "Referencial Curricular para Curso técnico de Agentes Comunitários de Saúde" estabelece as principais competências a serem desenvolvidas por esse profissional e os itinerários formativos necessários para a conclusão do ensino técnico, a saber: "a) etapa formativa I - formação inicial: acesso a todos os Agentes Comunitários de Saúde inseridos no Sistema Único de Saúde, independente da Escolarização; b) Etapa formativa II - concluintes da etapa formativa I, certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do Ensino Fundamental; c) Etapa formativa III - concluintes das etapas formativas I e II, certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do Ensino Médio" (MS/MEC, 2004, p. 18).

etapa de um itinerário formativo que inclui outras duas que totalizariam a formação técnica apontam um caminho de maior escolarização a ser percorrido por estes profissionais.

Nesse sentido, é preciso indicar a necessidade de luta pelo compromisso do Governo Federal em oferecer as três etapas do itinerário formativo previstas no Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, já que, até o momento, só está garantida a oferta da primeira etapa formativa, o que questiona o real interesse do governo em qualificar esses trabalhadores¹⁸.

Na discussão acadêmica e política tanto sobre a formação técnica dos ACS quanto sobre seu vínculo de trabalho e seu processo de profissionalização, destaca-se o papel que estes trabalhadores desempenham de elo entre o serviço de saúde e a comunidade. Essa mediação entre dois polos acaba por suscitar visões contraditórias que ora destacam o seu potencial comunitário, ora a importância de sua maior vinculação com as políticas de Estado. Nogueira (2002) acredita que essa dicotomia é cultivada pelo próprio Estado que, de um lado, postula uma dimensão técnica universalista do trabalho dos ACS e, de outro, enfatiza o seu viés comunitarista.

Do ponto de vista comunitarista, o ACS seria um profissional que, por vivenciar e compreender a cultura do local, teria a possibilidade de traduzir melhor os anseios da população. Em decorrência, acredita-se que a formação técnica tenderia a afastá-lo do principal atributo da sua atividade, qual seja, a de ser um profissional que, por vivenciar e compreender a cultura do local, teria a possibilidade de traduzir melhor os anseios da população. Nesse sentido, não caberia definir o seu perfil ocupacional, pois o seu fazer seria imanente à sua inserção social na localidade. Seguindo esta mesma argumentação, acredita-se que a vinculação efetiva deste trabalhador ao SUS descaracterizaria seu papel, além de impedir o seu desligamento do serviço em caso de mudança do local de moradia. Já a visão

¹⁸Vale notar, entretanto, que mesmo sem financiamento os trabalhadores do estado do Tocantins e alguns trabalhadores do Rio de Janeiro (ligados ao PSF de Manguinhos com sede na Fiocruz) estão recebendo a formação completa.

universalista-estatista acredita “que os ACS precisam de um perfil técnico bem estruturado, de um preparo técnico uniforme e de um cargo nas estruturas organizacionais do Estado” (NOGUEIRA, 2000, p. 92).

Por certo, essa dicotomia entre os dois rumos da formação possui diferentes matizes que tomam corpo na realidade concreta da qualificação dos agentes, espelhando dessa maneira as contradições que permeiam as possibilidades e os limites de absorção desses profissionais no SUS.

A formação dos técnicos em saúde no Brasil era a princípio realizada em serviço e marcada pela ênfase do saber-fazer, geralmente influenciado por uma visão tecnicista da educação, calcada no treinamento. Pereira e Ramos (2006) destacam as lutas travadas pelos trabalhadores de saúde para assegurar, nas brechas da legislação¹⁹, uma formação que se distanciasse das práticas naturalizadas no trabalho e do treinamento em serviço. O grande desafio se constituía em avançar em uma proposta que assegurasse o acesso à educação geral e à formação profissional, considerando que a maioria dos trabalhadores não possuía formação específica e estavam defasados quanto à idade/série da sua escolarização. Assinalam ainda que o Projeto Larga Escala²⁰ tenha significado ganhos que permitiram a um só tempo validar a qualificação profissional e a continuidade dos estudos através do ensino supletivo.

Até 2005, a formação dos ACS, embora incluísse um breve curso de caráter introdutório, assim como a dos demais técnicos em saúde, também se desenvolvia em serviço através de vários projetos de educação continuada que envolviam pequenos cursos práticos e treinamentos. O conteúdo desses cursos variava conforme os problemas a serem enfrentados, não possibilitando uma base comum de conhecimentos que pudessem ser socializados entre to-

¹⁹Aproveitando-se das brechas da Lei nº 5.692/71, as Escolas Técnicas do SUS passaram, em caráter experimental, a certificar a formação em serviço, enquanto a educação geral se dava por via regular ou supletiva (PEREIRA e RAMOS, 2006).

²⁰O Projeto de Formação em Larga Escala foi criado na década de 1980 e buscava, conforme o MS, combinar em um único mecanismo três elementos essenciais: “a) ensino supletivo (...); b) treinamento em serviço (...); c) caráter de habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional, o que enseja o estabelecimento de padrões mínimos para o processo de formação e o acesso a outros níveis de formação (BRASIL, 1982, *apud* PEREIRA e RAMOS, *idem*, p. 37).

dos os profissionais (MOROSINI, 2008). Com outras palavras, esses cursos não possuíam organicidade, sendo pulverizados em diversas ações que não eram significativas de uma política mais ampla de governo. Assim, a formação técnica desse profissional vem se constituindo como um caminho de luta para assegurar sua identidade como profissional, pois ter um diploma técnico corresponde à possibilidade de padronização e objetivação da sua capacidade de trabalho.

Tereza Ramos, ex-diretora da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde, em aula inaugural proferida na Escola Politécnica de Saúde, destacou que durante o seu itinerário profissional somaram-se em seu currículo inúmeros cursos sobre a prevenção de doenças, fomentados pelo Estado, que variavam conforme a incidência de doenças que atingiam a população em determinados períodos. No entanto, acrescentou que nenhum deles assegurava a sua identidade profissional, nem a credenciavam como Agente Comunitária da Saúde.

A certificação de cursos via educação continuada está pautada por uma lógica individual que não é significativa de uma melhora substantiva para o conjunto dos trabalhadores, além de não contribuir para o reconhecimento da sua profissão²¹. Com efeito, o atual destaque dado ao conceito de educação continuada, na maioria das vezes, é pautado pela necessidade de se acompanhar as transformações do mercado de trabalho, agregando ao itinerário profissional cursos que supostamente facilitam a permanência no posto de trabalho. É possível que alguns desses cursos ampliem individualmente as chances de acesso/permanência no mercado de trabalho. Porém, em termos coletivos, a formação para o trabalho assim posicionada em nada contribui para o surgimento de um

²¹Vale lembrar que na França do pós-guerra o debate sobre a qualificação nasceu da luta dos trabalhadores para o estabelecimento de parâmetros que permitissem uma proteção contra a exploração do capital. Considerava-se à época, à diferença do que requer o capitalismo contemporâneo, que a normatização dos requisitos para o exercício das atividades profissionais possibilitava assegurar "trabalhos iguais, salários iguais", o que os tornava "relativamente independentes dos atributos individuais dos trabalhadores; melhor dizendo, visando torná-las independentes da arbitragem do capital no julgamento desses atributos" (TARTUCE, 2007, p. 42).

processo de resistência organicamente estruturado, capaz de obter não só conquistas de caráter corporativo, mas também garantir aos trabalhadores um efetivo crescimento de suas possibilidades de análise crítica e intervenção sobre o mundo.

Cabe acrescentar que uma das justificativas que sustentam a posição de que os ACS não necessitariam de formação técnica para o desempenho de suas atribuições considera que ela poderia corromper o caráter cultural, “comunitário”, de sua qualificação, contaminando-a com uma ótica biomédica.

A QUALIFICAÇÃO DOS ACS E AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO SUS

A inserção do ACS na ESF está relacionada à dificuldade de os profissionais mais qualificados dos serviços de saúde, via de regra, oriundos das camadas mais favorecidas da sociedade, ou seja, por sua origem de classe, apreenderem as necessidades dos usuários dos serviços oferecidos pela ESF. Ao contrário, os ACS, pelo fato de estarem muito próximos da realidade dos usuários dos serviços e, por isso mesmo, compartilharem dos mesmos códigos culturais, contribuiriam de forma decisiva para a transformação da atenção em saúde do SUS no sentido de torná-la menos curativa e menos centrada na biomedicina. Entretanto, embora considerados centrais na reorganização do sistema de saúde e nomeados responsáveis por preencherem o vácuo que os profissionais graduados não foram capazes de ocupar, os ACS têm suas atividades desqualificadas pelo desenho da mesma política que o efetivam como agentes fundamentais desse processo de mudança. Ao requerer uma formação escolarizada mínima e promover formas de contratação absolutamente precárias para estes profissionais, o desenho das novas ações de saúde propostas pelo MS situa previamente os ACS em um espaço social pouco reconhecido, oferecendo-lhes escassa ou nenhuma possibilidade de atuação fora dos limites historicamente demarcados pelo saber/poder biomédico. Assim, no acompanhamento das

atividades exercidas pelos ACS em um município do Rio de Janeiro, pôde-se notar que seu trabalho, quase sempre, é bastante marcado por uma visão eminentemente biomédica e centrado na captação dos usuários foco do programa (hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças com menos de dois anos), no controle de sua adesão às consultas médicas e na supervisão do uso dos medicamentos prescritos.

Neste sentido, diferentemente do que postula a visão comunitária na qual a inserção dos ACS permitiria resgatar um conhecimento negado pela Medicina, as atividades que efetivamente exercem os profissionais que acompanhamos e entrevistamos quase sempre se orientam no sentido de uma medicalização significativa do cotidiano dos usuários.

Além disso, deve-se ressaltar que os ACS atuam em meio a uma enorme contradição: a de serem profissionais que têm a função de relacionar e discutir as relações entre condições de vida e preservação da saúde, vivendo e trabalhando em uma sociedade que produz estruturalmente ambientes marcados pela falta de condições dignas de vida. Esse paradoxo entre uma política efetiva de atuação de cidadania nesses locais e um discurso que enfatiza a atuação dos usuários e dos trabalhadores como responsáveis por sua saúde tenciona a todo o momento o trabalho desses agentes. Apresentados como solução para os problemas de saúde da comunidade, os ACS pouco podem fazer no sentido de resolver as muitas queixas relacionadas com questões estruturais do contexto social. Resta, portanto, aos ACS, em muitos casos, se inserirem e se legitimarem tanto nos serviços de saúde quanto na vida da comunidade a partir da repetição, sem muita crítica, do receituário de vida saudável prescrito por médicos e sanitaristas.

Considerando que esse saber é aprendido através de cursos rápidos de capacitação, ou de maneira informal no próprio trabalho, ele é percebido pelos usuários como um saber naturalizado que não pressupõe nenhuma formação. No dizer dos agentes, há, na comunidade, um entendimento de que qualquer um poderia realizar seu

trabalho. Nesse sentido, a dimensão propriamente técnica do trabalho em saúde passa a ser entendida como o diferencial que lhes daria maior reconhecimento social. Não por acaso alguns agentes se ressentem de não lhes ser permitido o desenvolvimento de ações como aferir pressão e realizar teste de glicemia, o que lhes possibilitaria um saber diferencial, nas palavras de Arouca (2003), uma forma instrumental do conhecimento monopolizado pela medicina.

Neste sentido, estes profissionais, muitas vezes, não têm seu trabalho reconhecido pela população, que não compreende sua função e espera dele a facilitação do acesso ao médico e, quando é o caso, aos medicamentos e exames – o que, efetivamente, depende pouco deste trabalhador.

Assim, sem uma formação específica, e repetindo o discurso da medicina preventiva que lhes é repassado em cursos fragmentados oferecidos esporadicamente, os ACS acabam reproduzindo, no seu dia a dia, as contradições do próprio sistema de saúde que, embora pretenda se orientar por uma noção de saúde ampla que envolve os determinantes sociais e por práticas que não se centrem apenas no saber biomédico, referenda e valoriza essencialmente a atuação do profissional médico tanto no seu desenho organizativo quanto nas suas práticas de gestão do trabalho²².

Franco e Merhy (1999), questionando as possibilidades de o PSF romper com o modelo médico hegemônico, sinalizam a dicotomia entre dois modelos assistenciais presentes atualmente na sociedade brasileira, quais sejam, a saúde coletiva e um modelo produtor de procedimentos construídos a partir da clínica, exercida pelo médico. Os autores apontam que, ao se resumir, de um lado, as ações coletivas à vigilância sanitária, ficando estas sob a responsabilidade do PSF; e, de outro lado, as ações de saúde individual ligadas à corporação médica, abre-se a possibilidade de se ampliar o projeto neoliberal privatista, na medida em que um dos cenários vitais para a conformação do modelo de atenção fica sem disputa anti-hegemônica. Acrescentam ainda que atribuir somente ao PSF

²²Os médicos, em geral, são a referência da equipe e ganham muito mais que os outros profissionais.

a estratégia de reorganização da prática assistencial pode gerar um discurso “mudancista” que pouco contribui para a transformação do sistema. Com efeito, pode-se constatar que, embora o trabalho no PSF seja direcionado para práticas multiprofissionais, ainda há uma forte hierarquização entre os profissionais, ainda muito marcada por uma dinâmica medicocentrada.

Ainda assim, acredita-se que a qualificação do ACS, considerando a valorização de sua formação, a garantia de seu vínculo público de trabalho e sua legitimação social enquanto trabalhador do SUS, pode ser uma direção importante na busca da superação de um modelo de sistema de saúde que acaba constituindo-se apenas como forma de amenizar os impactos nocivos da estruturação social contemporânea.

Espera-se que a reflexão apresentada neste texto possa, mais do que fornecer respostas, suscitar indagações que possibilitem repensar criticamente a política de gestão do trabalho e da educação da saúde, com vistas à superação da precariedade das condições de vida da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.
- AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e a crítica da medicina preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BRASIL. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família – 2001-2002*. Brasília-DF, 2004.
- _____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. *Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília/DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde (MS). *Programa de Atenção Básica – PAB – Parte Fixa*. Brasília: Secretaria Executiva, 2001.

CASTRO, N. A. Qualificações, qualidades e classificações. *Educação e sociedade*, n. 45, agosto, 1993.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. *PSF: contradições e novos desafios*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Acesso em: 16 dez. 2009.

HIRATA, H. Reestruturação produtiva, trabalho e relações de gênero. *Revista latinoamericana de estudos do trabalho*, 1998.

KERGOAT, D. Por uma problemática do processo de trabalho doméstico. Vários, *O sexo do trabalho*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

MACHADO, C. *Direito universal, política nacional*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MACHADO, L. Qualificação do trabalho e relações sociais. In: FIDALGO, F. S. (Org.). *Gestão do trabalho e formação do trabalhador*. Belo Horizonte: Movimento de Cultura Marxista, 1996.

MONTAÑO, C. *Terceiro setor e questão social. Crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2003.

MOROSINI, M. V. et al. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2.

_____. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M.; CORBO, A. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

MOTTA, V. C. *Da ideologia do capital humano à ideologia do capital social: as políticas de desenvolvimento do milênio e os mecanismos hegemônicos de educar para o conformismo*. Tese (Doutorado). Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

NEVES, L. M. W. et al. *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

_____; PRONKO, M.; MENDONÇA, S. R. Capital social. In:

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

NOGUEIRA, R. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica e “universalista” e a dimensão social comunitarista. *Interface: comunicação, saúde e educação*, v. 6, n. 10, 2002.

_____. et al. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis. O agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: [Http://www.ipea.gov.Br](http://www.ipea.gov.Br).

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

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

RAMOS, M. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2002.

RIBEIRO, E. M. *As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF)*, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org>.

RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2000.

SANTOS, W. G. dos. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

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

_____. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*, v. 6, n. 10, 2002.

SILVA, F. D. *A atenção básica do Sistema Único de Saúde no contexto do ajuste neoliberal do Estado brasileiro: análise das relações entre a estratégia de saúde da família, pacotes clínico-essenciais e*

novo universalismo. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro/Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2008.

TARTUCE, G. L. P. *Tensões e intenções na transição escola trabalho: um estudo das vivências e percepções de jovens sobre o processo de qualificação profissional e (re)inserção no mercado de trabalho na cidade de São Paulo*. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, 2007.