

A POLÍTICA DE FORMAÇÃO TÉCNICA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERSPECTIVAS E DESAFIOS

The Policy for Technical Training of Community Health Agents: prospects and challenges

Marina Celly Martins Ribeiro de Souza¹,
Ana Paula Medrado Barcelos², Fernanda Moura Lanza³

RESUMO

Trata-se de um estudo reflexivo que teve como objetivo analisar a política de formação técnica do Agente Comunitário de Saúde, suas perspectivas e desafios. A profissão de Agente Comunitário de Saúde foi criada com a promulgação da Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, mas somente em 2004 foi instituído o Curso de Formação Técnico do Agente Comunitário de Saúde. Esse curso tem como principal objetivo a formação do indivíduo para produção de serviços na rede primária de saúde do Sistema Único de Saúde, sendo a formação técnica do Agente Comunitário de Saúde uma possibilidade de aperfeiçoamento e capacitação desses profissionais. No entanto o curso não garante melhorias nas formas de contratação e remuneração desses profissionais e não amplia, por si só, a possibilidade de atuação fora do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família; Educação Profissional em Saúde Pública; Políticas Públicas de Saúde; Formulação de Políticas, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This is a reflective study intended to analyze the policy for technical training of Community Health Agents, its prospects and challenges. The Community Health Agent profession was created with the enactment of Law 10.507, of 10 July 2002, but only in 2004 was the Community Health Agent Technical Training Course established. The main objective of this course is to train the individual for the provision of services in the primary health care network of the Unified Health System, with the technical training of Community Health Agents being an opportunity for development and qualification of these professionals. However, the course does not guarantee improvements in the hiring and compensation methods for these professionals, and does not expand, in and of itself, the possibility of practice outside of the Unified Health System.

KEYWORDS: Family Health; Education Public Health Professional; Health Public Policy; Policy Making; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal de 1988, ao ampliar o conceito de saúde e garantir a universalidade do acesso, surge a necessidade de estratégias para reverter o modelo biomédico vigente e possibilitar a criação de um novo modelo assistencial, priorizando ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Dessa forma, ampliou-se no país experiências locais buscando garantir uma

assistência pautada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Tais experiências influenciaram a concepção de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado pelo Ministério da Saúde em 1991, que se caracterizou como um modelo de transição para o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado

¹ Marina Celly Martins Ribeiro de Souza, Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: marinacelly.souza@gmail.com

² Ana Paula Medrado Barcelos, Prefeitura Municipal de Contagem

³ Fernanda Moura Lanza, Universidade Federal de São João Del REy

em 1994.¹

A partir disso, iniciou-se o processo de multiplicação das equipes de Programa de Saúde da Família, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, os quais desenvolvem ações de caráter preventivo, de promoção da saúde, tratamento e reabilitação, garantindo, dessa forma, a ampliação do acesso e da extensão de cobertura à população brasileira.²

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma pessoa da própria comunidade e está capacitado para orientar as famílias para cuidarem de sua saúde e da própria comunidade. Suas principais atribuições são cadastramento das famílias, mapeamento da comunidade, identificação de áreas de risco, realização de visitas domiciliares, priorizando o acompanhamento de crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoas com tuberculose e hanseníase, identificando e prevenindo situações de risco.

O ACS desempenha um papel de mediador, sendo considerado:

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 autoajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.^{3:24}

Assim, o ACS é considerado um agente de transformação, de mudança e de fundamental importância no processo de vigilância e da promoção da saúde.⁴

Desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, esses profissionais vêm se organizando em busca do reconhecimento legal da categoria profissional. Com a expansão do Programa Saúde da Família, hoje Estratégia de Saúde da Família, e a incorporação significativa desses trabalhadores nas equipes multiprofissionais, houve uma ampliação das aspirações quanto ao reconhecimento da identidade profissional e dos seus direitos trabalhistas. As discussões sobre identidade e reconhecimento profissional do ACS culminaram, em 2002, com a promulgação da Lei 10.507, de 10 de julho, que criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do SUS⁵ e, posteriormente, com a Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, que passou a reger as atividades do Agente Comunitário de Saúde e, entre outras normatizações, regulamenta o processo de contratação da categoria.

Entre os requisitos para o exercício da profissão, a Lei 11.350 estabelece: “residir na área da comunidade

em que atuar; haver concluído com aproveitamento curso introdutório de formação inicial e continuada para a formação de Agente Comunitário de Saúde e haver concluído o Ensino Fundamental”^{5:15}, cabendo ao Ministério da Saúde a formulação do processo de formação. Essa lei estabelece também que o exercício do ACS se dá exclusivamente no âmbito do SUS e sob a supervisão do gestor local de saúde⁵, além de acrescentar que a contratação deverá ser realizada por processo seletivo público.

A formação do ACS, mesmo após a criação da profissão, ocorre no cotidiano do trabalho, muitas vezes sob a supervisão do enfermeiro. Mas também há relatos de que essa formação pode se dar pela mera reprodução da formação que os outros ACS receberam.⁶ Nesse caso, a supervisão não atua como apoio e auxílio no dia-a-dia, reduzindo o trabalho dos ACS às questões burocráticas e operacionais. Nesse sentido, a formação do ACS no trabalho causa impacto no processo de busca de autonomia e responsabilização, restringindo, em alguns momentos, seu papel social e assistencial.⁶

As dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros que atuam no PACS e PSF para a realização da supervisão do trabalho dos ACS estão relacionadas ao acúmulo de responsabilidades, priorização de atividades administrativas e desconhecimento do processo de supervisão.⁷

Buscando sanar essas questões, em 2004, o Ministério da Saúde iniciou o investimento na qualificação do ACS baseada em uma prática contextualizada no novo modelo assistencial à saúde com a criação do Curso de Formação Técnico do ACS. Essa qualificação do ACS teve o objetivo de contribuir não só para o crescimento humano e profissional, mas também para a satisfação pessoal e profissional desse trabalhador.^{6,8,9}

Considerando essa nova tendência nacional de formação desse profissional, este estudo tem como objetivo analisar a política de formação técnica do Agente Comunitário de Saúde.

DESENVOLVIMENTO

A formação do ACS

O Ministério da Saúde, visando a preparação dos ACS de acordo com as políticas e estratégias desenvolvidas pelo SUS e conforme as concepções de formação assumidas pelo setor saúde e educacional, elaborou, em 2004, uma proposta de Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde, caracterizando um perfil de desempenho elevado para o ACS, tal como é exigido pelas políticas e estratégias desenvolvidas pelo setor.⁷

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), propõe uma política de Educação Profissional Técnica para o SUS, por considerar crítica a situação desses profissionais diante da consolidação do Sistema Único de Saúde, e do distanciamento da realidade destes em relação ao perfil esperado para sua atuação profissional.

No sentido de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor às demandas da população, a SGTES, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES, tem investido fortemente na Política de Educação Profissional em Saúde, tanto na ampliação da escolaridade dos trabalhadores, como na sua profissionalização/formação e educação permanente.⁵

Em 2004, foi realizada uma pesquisa do perfil de escolaridade do ACS no Brasil e foi constatado que 60% possuíam Ensino Médio completo ou em conclusão; 18% Ensino Fundamental completo e 22% precisavam concluir Ensino Fundamental.⁵

Nesse sentido, a proposta de formação do ACS em nível técnico veio também como estratégia para contribuir com a elevação da escolaridade dos trabalhadores e para uma concepção de formação que proporcione *“compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões”*.^{5:11}

A política de Educação Profissional em Saúde do DEGES trabalha na perspectiva da habilitação técnica em itinerário - Formação Técnica em Itinerário/FORTI-SUS - para o conjunto de cursos de nível técnico da área da saúde, especialmente no caso do ACS, porque vai ao encontro do status de profissão adquirido com a homologação da Lei N.º 10.507, de 10 de julho de 2002¹⁰ e, atualmente, com a Lei N.º 11.350, de 05 de outubro de 2006.

As competências profissionais do ACS englobam o desenvolvimento de ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades e ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida e à prevenção de agravos da população segundo o perfil epidemiológico, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.^{5:11}

O desenvolvimento das competências descritas deve ser permeado por conhecimentos que possibilitem a apreensão de saberes *“que requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial”*.^{5:16}

A construção do conhecimento se dá por meio de sucessivas aproximações ao objeto e com o

desenvolvimento de atividades didáticas que permitam a apreensão de conhecimentos acerca da saúde, acrescidos de conhecimentos de outras áreas de acordo com as características do trabalho do agente comunitário de saúde e dos espaços e contextos onde as práticas são desenvolvidas. O desenvolvimento das competências deve privilegiar o saber ser entendido como a capacidade de crítica, ética, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas.^{5,12}

Os pressupostos éticos e políticos do Curso Técnico de formação do ACS estão embasados nas políticas de inclusão social, desenvolvimento da cidadania, educação para todos, formação profissional, articulação entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino, intersectorialidade e interdisciplinaridade. Em relação aos pressupostos pedagógicos, todos estão pautados nos princípios para integração efetiva entre o ensino, prática profissional, serviço e comunidade e o curso adaptado para cada realidade local e para os padrões culturais de uma determinada estrutura social.^{5,13}

Nesse sentido, Lunardelo afirma que:

a oportunidade de vivenciar, através do ensino teórico-prático, as diversas facetas do SUS, permite que o aluno institucionalizado tenha uma ampliação do entendimento do setor saúde, sendo enriquecedora para a sua formação.^{6:30}

O Curso Técnico de Formação do ACS tem como principal objetivo a formação do indivíduo com competência técnica, crítica-reflexiva, científica e humanista respeitando os preceitos éticos e legais para o exercício profissional no processo de produção de serviços da rede básica de saúde do SUS. Essa formação visa o desenvolvimento de competências e habilidades na atuação em equipe, no planejamento, na execução de ações de interação social, promoção da saúde e prevenção de agravos, em nível individual, familiar e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Nesse processo de formação do ACS, a Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 delega ao enfermeiro as ações de planejamento, gerenciamento, coordenação e de avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS.¹⁴

Desafios

Embora no início os ACS não dominem os conteúdos necessários às suas atividades, eles, pertencentes à comunidade na qual irão trabalhar, já possuem o conhecimento, mesmo de forma empírica, sobre os problemas dessa comunidade pelo fato de nela residirem.

À medida que os treinamentos sobre saúde e doença são apresentados sob a forma de conhecimento técnico, esses conteúdos ganham novos significados e novas atitudes e valores são agregados ao cotidiano dos ACS. Seu papel na comunidade é alterado: de morador que compartilha com os vizinhos os problemas e dificuldades locais para um sujeito atuante cujo objetivo é provocar mudanças no micro (família) e macro (comunidade) através de suas ações educativas.

Existem dois componentes ou dimensões principais da atuação do agente: um técnico, relacionado ao atendimento da família, o monitoramento de grupos de risco, as ações de prevenção de agravos; e outro, mais político, relacionado ao agente como “elemento de reorientação” do modelo de atenção à saúde, como provocador de discussões com a comunidade sobre os problemas de saúde, como fomentador da organização comunitária para a cidadania e transformação social.⁹ Como consequência, há o desafio de se unir o polo técnico ao polo político. O dilema do agente é a dimensão social convivendo com a dimensão técnica assistencial. Ao incorporar essas duas facetas em suas formulações, o conflito aparece principalmente na dinâmica da prática cotidiana. Isso implica que as capacitações desses trabalhadores devam adotar uma ação educativa crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.¹⁵

O processo de educação em saúde deve contribuir então para a transformação das práticas de saúde no campo da gestão, da atenção e do controle social no sentido da integralidade e da humanização da atenção e da melhoria constante da resposta setorial às necessidades da saúde da população.

É buscando a articulação da teoria-prática, dos polos técnico e político, que a escolha do modo de atuar deve estar comprometida com a transformação da realidade. Para isso, é necessário que o enfermeiro estabeleça um diálogo, superando a transmissão de informações, em busca da problematização a fim de desenvolver a capacidade de transformação dos agentes, estimulando o pensamento crítico e uma compreensão crítica da realidade. Através da problematização, o agente torna-se efetivamente um sujeito da ação e, portanto, terá necessidade de procurar novas respostas e desenvolver novos conhecimentos.

Observa-se também a necessidade do estabelecimento de relações além das existentes na comunidade e na unidade, ultrapassando os limites da área de abrangência, buscando a troca com outros setores e outros profissionais. O contato com diferentes profissionais que possuem

diferentes “olhares” sobre a realidade enriquece e amplia a consciência crítica pela diversidade de relações que se estabelece. Além disso, possibilita ao ACS e, também ao enfermeiro, estabelecer uma rede de diálogos ao seu redor e estimular a capacidade de comunicação em diversas situações, incorporando, assim, um novo “olhar” aos conteúdos das atividades alinhados à realidade social, enfatizando o processo saúde-doença articulado às situações políticas, sociais e econômicas.

Um dos principais objetivos do processo de qualificação do ACS é gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva. Porém não se pode conceber a organização de sistemas de saúde que conduzam à realização de novas práticas sem que, de forma concomitante, invista-se em uma nova política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos.¹⁶

Apesar de a formação do ACS promover um prestígio social já que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade¹⁷, os ACS atualmente enfrentam problemas relacionados à inserção da categoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Por isso, o Ministério da Saúde, através da SGTES, vem desenvolvendo um conjunto de ações com o objetivo de desprecarizar o trabalho no setor saúde.¹⁸⁻²¹

As características da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde exigem modalidades de contratação compatíveis com seus propósitos de trabalho, assegurando, acima de tudo, sua identificação e relacionamento com a comunidade. Não somente pela exigência de adequar as modalidades de contratação ao perfil social do agente, os dirigentes vêm utilizando as mais diversas formas para contratar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.³

A formação técnica do ACS não garante melhorias nas formas de contratação e remuneração desses profissionais e não amplia, por si só, a possibilidade de atuação fora do SUS. No entanto o aumento da escolaridade aliada à formação técnica pode levar a um aumento da capacidade de argumentação e mobilização da categoria com intuito de regular os direitos trabalhistas.

CONCLUSÃO

Apesar dos desafios que a Política de Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde ainda precisa enfrentar para sua consolidação e efetividade no cenário prático, a sua existência e implementação refletem a preocupação dos formuladores de políticas para essa categoria profissional e poderá permitir maior organização profissional desses trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. *Rev Eletrônica Enferm.* 2009; 11(4):820-9. [Citado 2010 jun. 30]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>.
2. Sanches EN, Próspero ENS, Stuker H, Borba Júnior MC. Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família. *Rev Eletrônica Enferm.* 2010;12(2):294-300. [Citado 2010 jun. 30]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a10.htm>.
3. Tomaz JBS. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface.* 2002; 6(10): 84-90.
4. Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus MLF. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Acta Sci Health Sci.* 2003; 25 (1): 95-101.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Lunardelo SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto, São Paulo [dissertação]. Ribeirão Preto: USP; 2004.
7. Silva ABF. A supervisão do Agente Comunitário de Saúde: limites e desafios para a enfermeira [dissertação]. Ponta Grossa; 2002.
8. Dal Poz MR. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2002; 6(10):75-94.
9. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(3):426-33.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Perfil de competências do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(2):347-55.
12. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc.* São Paulo. 2009; 18(4):744-55.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Termo de Referência para a Execução da Formação Profissional do agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2002.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Educação profissional em saúde e cidadania. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
17. Brasil. Ministério da Saúde. O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil. Brasil: MS; 2002.
18. Nascimento, CMB. Precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde: um estudo em municípios da região metropolitana de Recife [monografia]. Recife: UFPE; 2005.
19. Torres MNF. Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem: núcleo integrador: planejando uma prática pedagógica significativa em enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
20. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Curso Técnico de Agente comunitário de Saúde. Módulo I – O contexto e a instrumentalização da ação do agente comunitário de saúde. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2007.
21. Maia ER, Almeida SB, Oliveira WR, Pagliuca LMF. Assistência à pessoa com deficiência: competências do agente comunitário de saúde. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2009; 3(4):151-9.

Submissão: dezembro/2011

Aprovação: outubro/2012
