

A POLÍTICA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DE SUJEITOS CRÍTICOS.

THE POLICY OF TRAINING COMMUNITY HEALTH WORKERS: LIMITATIONS AND POSSIBILITIES OF BUILDING CRITICAL SUBJECTS

Maria Alcina Gomes de Sousa Monteiro¹

Fabiane Santana Previtali²

RESUMO

Apresentam-se, neste estudo, algumas considerações sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde - ACS na da Estratégia Saúde da Família – ESF, eixo estruturante da atenção básica no Sistema Único de Saúde - SUS, cuja prioridade é a prevenção e a promoção da saúde, cabendo-lhe a responsabilidade pelo elo entre o serviço de saúde e a comunidade e o papel de educador, articulador e mobilizador social. Apontam-se elementos históricos e legais de construção dessa categoria profissional diante dos impactos das transformações capitalistas contemporâneas e dos desafios da Política de Saúde no contexto de reestruturação produtiva do capital. Reflete-se, ainda, sobre as propostas de formação profissional para esses trabalhadores, vislumbrando-se os limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos a partir desse processo educativo.

PALAVRAS-CHAVE: Agente Comunitário de Saúde - Formação profissional - Condições de trabalho.

ABSTRACT

Are presented in this study, some considerations about the work of the Community Health Agent - ACS on the Family Health Strategy - ESF, structuring axis of Primary Care in Health System - SUS, whose priority is prevention and health promotion, leaving him the responsibility for the link between the health service and community and the role of educator, coordinating and mobilizing society. They point to historical evidence and legal construction of occupational category on the impacts of contemporary capitalist transformations and challenges of Health Policy in the

context of productive restructuring of capital. It is reflected also on the proposals for training for these workers, seeing the limits and possibilities of building critical subjects from this educational process

KEYWORDS: Community Health Agent - Training - Working conditions.

INTRODUÇÃO

As propostas de utilização do agente de saúde como força de trabalho, no Brasil, tiveram maior ênfase nos anos 1970/80. Nesse período, algumas organizações religiosas católicas, organizações não governamentais e instituições acadêmicas realizavam experiências de atuação em saúde pública e comunitária, nas quais priorizavam o envolvimento da população com as ações e os serviços de saúde. No contexto da ditadura militar, em que os direitos democráticos eram negados, “estabelecer uma articulação com os serviços, por meio das pessoas da comunidade se configurava como uma perspectiva de ruptura com os modos tradicionais de ofertar ações de saúde”. (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009, p. 193).

Essas propostas de saúde comunitária passaram a ter maior destaque com a realização da Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, atual Cazaquistão (ex. URSS), em 1978. Considerada marco referencial das propostas de atenção primária em saúde, com base no elo entre os serviços e a comunidade, e também por reafirmar a saúde como um direito humano fundamental.

As experiências de práticas de saúde recorrendo às pessoas da comunidade foram intensificadas com a criação do Programa de Interiorização das ações de Saúde- PIAS em 1986, merecendo destaque a experiência dos Agentes Comunitários do Ceará, com a criação de uma frente de trabalho para a realização de ações básicas de saúde. “Foram contratados 6.113 trabalhadores, dos quais a grande maioria era composta por mulheres”. Essas ações também foram muito difundidas em outras instituições desvinculadas do Estado, como a Pastoral da Criança e da Saúde. (DURÃO et al, 2009, p.229).

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira, voltado para a transformação das condições de saúde da população brasileira, também aprovou e apoiou essas experiências. Esse movimento, iniciado em meados da década de 1970, mobilizou diversos setores da sociedade em um amplo debate político sobre as questões da saúde; estruturado nas universidades, movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços, é considerado o mais importante aglutinador de forças para a concretização do Sistema Único de Saúde – SUS, pautado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde.

Segundo Fleury (2008. p. 71) o projeto desse movimento é “a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório”, cujas implicações levam à mudança cultural, política e institucional capaz de assegurar a saúde como um bem público.

A criação do Sistema Único de Saúde – SUS, Lei nº 8080/90, é fruto desse intenso movimento contra-hegemônico, conhecido como reforma sanitária, um grande avanço para a saúde pública no Brasil, principalmente no que diz respeito à garantia da saúde como um direito e dever do Estado. No entanto os seus referenciais ético-políticos: universalidade, equidade e integralidade fragilizaram-se ao se defrontarem com “os contingenciamentos financeiros e as diretrizes restritivas da reestruturação macroeconômica de contornos neoliberais, expressas na Reforma do Estado e nas iniciativas de redução da face pública e social do Estado brasileiro”, (MOROSINI, 2010, p. 49).

Essas fragilidades evidenciadas no SUS são reflexos do contexto internacional das últimas décadas, marcado por uma série de mudanças de âmbito mundial, retrato da crise do padrão de acumulação capitalista, estruturado sob o taylorismo/fordismo que foi segundo Antunes (1996, p. 229), “crescentemente alterado, mesclado e alguns casos até mesmo substituído pelas formas produtivas flexibilizadas e desregulamentadas, das quais a chamada acumulação flexível e o modelo japonês ou toyotismo são exemplos”.

De acordo com Previtali,

As transformações estão associadas a um processo de reestruturação das formas de organização e controle do trabalho ao longo das cadeias

produtivas, através das quais o capital busca romper com a estrutura político-institucional de regulação, que lhe proporcionou crescimento e relativa estabilidade durante o período taylorista-fordista. Por um lado, a reestruturação produtiva visa responder à crise que se instala no regime taylorista-fordista de acumulação, a partir da segunda metade da década de 1970. Por outro lado, está implicado na construção de uma nova ordem de acumulação, porém, ainda circunscrita à lógica da reprodução do capital e fundada na dinâmica histórica das lutas de classes. (2011, p.35).

As políticas públicas, nesse cenário, alteram-se, substancialmente diante da transferência de responsabilidades governamentais para o setor privado e "aos poucos, já que há resistência e sujeitos em conflito nesse processo eminentemente político- vai se configurando um estado mínimo para os trabalhadores e um estado máximo para o capital". (BEHRING, 2003, p.64). Essas determinações fazem emergir um período na história que, entre outras consequências, destitui direitos sociais conquistados pelos trabalhadores, enfraquece a luta coletiva e provoca um processo de intensas desigualdades sociais.

Estas posições adotadas produzem impacto significativo nas políticas de saúde pública, pois direitos recém conquistados, entre eles a saúde como direito universal, dão lugar a propostas que acentuam o processo de exclusão social das camadas mais pobres e que não podem pagar pelos serviços de saúde. "Um cenário contraditório e complexo em que se confrontam a saúde como um direito fundamental e a realidade da formação recente do capitalismo em nosso país fazendo da saúde uma mercadoria" (Pereira e Ramos, 2006, p. 11).

Desta forma, a área da saúde, não diferente dos outros setores, é também atingida pelas mudanças produzidas em razão da crise no padrão de acumulação capitalista. É como se refere Kuenzer:

Os serviços de saúde, como os demais, sofreram os impactos da crise do capitalismo no final do século e início deste; forçados a se reorganizar para serem competitivos e assegurarem acumulação, adotaram as estratégias próprias da reestruturação produtiva, neste sentido não se diferenciando das demais empresas, a não ser pela especificidade de seu processo de trabalho. Assim, combinaram complexificação tecnológica com redução de força de trabalho, hierarquizada segundo novas formas de articulação entre qualificação- desqualificação e quantidade de trabalhadores, além de incorporarem mecanismos de descentralização, em particular, a terceirização. (2004, p. 243).

Assim, os serviços públicos, de uma maneira geral, “experimentaram, [...] um significativo processo de reestruturação, subordinando-se à máxima da mercadorização, que vem afetando fortemente os trabalhadores do setor estatal e público”. (ANTUNES, 2010, p.14).

Foi, portanto nesse contexto, sob a égide do neoliberalismo, que o governo de Fernando Collor de Mello criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991, baseado na experiência bem sucedida dos agentes de saúde do Ceará (DURÃO et al, 2009). Posteriormente, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família – PSF, inserindo o Agente Comunitário de Saúde – ACS em uma equipe composta minimamente por médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem. Esses programas “têm em comum a figura do ACS como elemento inovador no quadro funcional, sobre o qual recai expectativa de mediação e facilitação do trabalho de atenção básica em saúde”. (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009, p. 194).

Em 1997, o Programa de Agentes Comunitário de Saúde e o Programa Saúde da Família passam por uma reconfiguração e integrados, transformam-se na Estratégia Saúde da família – ESF (Portaria MS/ nº 1.886 /1997), considerada o eixo estruturante da atenção básica preconizada pelo SUS, principal estratégia de reformulação da atenção à saúde no Brasil, cujo objetivo é a reorganização da prática assistencial, substituindo o modelo orientado para a cura de doenças e hospitalizações. A atenção tem como foco a família, a partir do seu contexto físico e social, em que as intervenções são voltadas para a prevenção e promoção da saúde, o que significa ir além de práticas curativas (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009). As equipes são compostas minimamente por médico de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, contam ainda com dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnico em saúde bucal.

Os Agentes Comunitários de Saúde apresentam um caráter particular no SUS, primeiro, por serem trabalhadores exclusivos desse sistema e, também, por representarem uma força de trabalho muito importante para a saúde pública na consolidação da atenção básica preconizada pelo SUS. No entanto a história desses trabalhadores, desde que surgiram no âmbito do SUS, é marcada pelo

enfrentamento a enormes desafios e de lutas para tornarem-se profissionais da área da saúde, por melhores condições de trabalho e de qualificação profissional.

Em relação à vinculação, no Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família referente aos anos de 2001 e 2002 (BRASIL, 2004a), foi constatado que, em 72,3% das equipes de saúde da família, os ACS apresentavam vínculo de trabalho precarizado, o que incluía o contrato temporário, o contrato informal, o contrato verbal, entre outros. (MOROSINI, 2010, p. 24)

Na Reforma do Estado brasileiro e no seu bojo, as propostas de diminuição de gastos públicos com o funcionalismo têm contribuído para a desvalorização dos trabalhadores da área da saúde. “Em 2003, o número total de trabalhadores precarizados no SUS era calculado em torno de 800 mil, correspondendo a quase 40% da força de trabalho do setor”. Dessa forma, essa fragilidade nas relações trabalhistas atinge não somente os ACS, mas é uma das marcas principais desses trabalhadores desde a criação do Programa de Agentes Comunitários (MOROSINI, 2010, p. 37).

De acordo com dados do Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica, no mês de abril de 2011, existem no Brasil, 246.130 Agentes Comunitários de Saúde, atuando em 5.374 municípios, vinculados às equipes de saúde da família ou ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Diante disso, a trajetória percorrida por tais trabalhadores, em todo o Brasil, é marcada por esforços no sentido de organização da categoria para a luta por melhores condições de trabalho e qualificação profissional. Destaca-se a atuação da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde, principal entidade de organização e representação dos ACS em nível nacional, com articulações regionais e locais.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A LUTA POR MELHORES CONDIÇÕES DE TRABALHO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

Para ser ACS, inicialmente, bastava ler, escrever, conhecer e residir na comunidade. Para tanto, eles passavam por um treinamento em geral, de uma

semana, chamado “treinamento introdutório” realizado habitualmente, pelo enfermeiro da equipe; e, durante o trabalho, passavam por outros treinamentos específicos nos diversos municípios que adotaram o PACS, PSF e Estratégia Saúde da Família.

A Portaria MS nº 1886, de 18 de Dezembro de 1997, aprovou as Normas e Diretrizes do PACS e do PSF e estabeleceu às atribuições dos ACS, e o Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999, fixou as diretrizes para o exercício de suas atividades.

Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), “desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente” (Art. 1º do Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999).

Segundo Durão et al (2009, p. 230), a criação do trabalho do ACS esteve intimamente relacionada às populações pobres. O programa, em suas experiências iniciais, teve como marca essa situação “marginalizada” da população atendida e com a qual esse novo profissional deveria se identificar. Também esteve ligada à força de trabalho das mulheres. É que “as habilidades vistas como próprias da socialização feminina são comumente tomadas como inerente aos sujeitos e, nesse sentido, circunscritas ao campo do trabalho simples e sem qualquer reconhecimento social”. Contrapondo-se a esta ideia, verifica-se um movimento de resistência por parte dos ACS a essa percepção do trabalho, para isso, empreendem um processo de organização e de lutas no propósito de construção da identidade profissional e de reconhecimento.

Essa vinculação à população em situação de pobreza pode ser vista como reflexos da política de saúde no Brasil que historicamente tem separado os que podem dos que não podem pagar por esses serviços. Durão et al, esclarecem que:

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. (2009, p. 237)

O potencial dos ACS é ressaltado na efetivação do cuidado, da acessibilidade e da integralidade, considerados elementos fundamentais ao desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil. Isto porque a dupla atuação como morador e profissional pode possibilitar a criação de vínculos com a comunidade. (BORGES; ABRUNHOSA; MACHADO, 2009).

Os ACS tornam-se, então, protagonistas desse processo, apesar de enfrentar restrições para o seu desenvolvimento, seja pelas condições de trabalho a que são submetidos pela qualificação que lhes foi oferecida ou pela impossibilidade de atuação diante das dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde.

Em relação à gestão do trabalho, as equipes de PACS, PSF e ESF se estruturaram com base em vínculos não estáveis de trabalho, especialmente, os ACS que eram contratados até verbalmente e, em muitos casos, submetidos à troca de favores políticos. Marcados por contratos informais e precários de trabalho, aliados a baixos salários, isso faz com que deixem de ter vantagens como 13º salário, férias, licenças maternidade e para tratamento de saúde, adicional de insalubridade, entre outros direitos sociais. Além disso, disponham de condições de trabalho mínimas para sua atuação, como transporte e equipamentos de proteção individual, visto terem que andar por longa distância a pé, enfrentando muito sol ou chuva, principalmente nas comunidades rurais em que as residências, muitas vezes, são distantes uma das outras.

Ribeiro et al (2007) informam, apoiadas em pesquisas de Bertoini (2000), Costa, Lima e Oliveira (2000) e Souza (2000), as condições de trabalhos em que as equipes estão imersas, com destaque para: a não composição básica das equipes, insuficiência de profissionais com o perfil proposto, várias modalidades de contrato de trabalho, heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde, algumas em péssimas condições, sobrecarga no atendimento, conflitos com a população quando não conseguem atender à demanda, entre outros.

Conforme verificamos em Vieira (2007), em relação ao serviço público, a precariedade também se relaciona às irregularidades no que diz respeito às normas

vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho. O contrato sem concurso público, os contratos terceirizados, não têm base legal com o Estado, pois contrariam o inciso II da Constituição Federal, que determina o provimento dos cargos na administração pública por meio de concurso público. Na área da saúde, é crescente o número de trabalhadores sob essas condições nas mais diversas modalidades, como exemplo: cooperativas, bolsas de trabalho, contratos temporários por meio da consolidação das leis de trabalho – CLT, entre outros.

A ausência de direitos trabalhistas e de proteção social são retratos de uma época de crise no mundo do trabalho. Esta situação torna o trabalhador vulnerável, sem poder de negociações e escolhas, o que tem causado sofrimentos, angústias e incertezas. “É que a precarização e a insegurança avançam por toda parte no mundo do trabalho” (MÉSZÁROS, 2006, p. 37).

Também têm sido substrato para debates e críticas por parte da comunidade acadêmica, de gestores, do controle social do SUS e dos ACS, as questões referentes à formação profissional; uma vez que, pela amplitude do papel de articulador e mobilizador social na comunidade, e, sobretudo, de educador, ao levar informações sobre a prevenção e promoção da saúde, seja imprescindível que estejam asseguradas as condições de intervenção mediada por um processo educativo mais amplo. Pois, desde a criação do programa, a sua qualificação tem se caracterizado por treinamento de poucas horas que não lhes confere autonomia e compreensão ampla do processo de trabalho em que se inserem.

Essas problemáticas ainda estão aliadas a um sentimento de impotência diante da falta de resolubilidade nos serviços de saúde, visto que a população, às vezes, não consegue atendimento condizente com as suas necessidades ou tem o acesso dificultado para os outros níveis de atenção, o que deixa não somente o ACS, mas toda a equipe sem alternativas para esse quadro.

Mattos (2009, p.23) argumenta que o acesso à saúde pode ser visto de duas maneiras: como direito de todos e como acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. Em relação ao acesso, na atenção básica houve uma expressiva expansão, o que garante muito desse nível de atenção. Em relação aos procedimentos de média complexidade, percebe-se um grande estrangulamento. Na alta complexidade também houve uma expansão, mas apresenta muitos problemas.

Dessa forma, compromete-se o princípio da universalidade, o que afeta o os outros princípios do SUS e conseqüentemente o direito das pessoas a uma vida digna.

As medidas adotadas para contenção de gastos públicos, decorrente dos ajustes exigidos pelas políticas econômicas, têm dificultado, na política de saúde, a concepção da universalidade, equidade e integralidade da atenção, pautadas no respeito ao usuário como cidadão de direitos.

Trata-se do conflito formado, de um lado, pela possibilidade de verter a política de atenção básica na direção de uma política seletiva e focalizada, representada por uma cesta mínima de ações e serviços e voltada para uma população excluída da possibilidade de inserção no mercado de atenção à saúde; de outro lado, pela perspectiva de uma política de atenção básica compreendida como parte de um plano maior e mais abrangente que inclua os demais níveis de atenção, conformando um sistema integrado e contínuo de atenção à saúde, conforme as necessidades da população. (MOROSINE, 2010, p 34)

Apesar das fragilidades apontadas, a Estratégia Saúde da Família, em pesquisa recente (SISP/IPEA), foi considerada pelos brasileiros o melhor serviço do SUS. Isso pode significar que a atuação das equipes, mesmo diante de toda essa problemática, tem atingindo a população por eles atendida.

Os ACS, portanto, ocupam um espaço muito importante na comunidade, visto terem se transformado em força de trabalho essencial da ESF. Mas, embora considerados centrais na reorganização do sistema de saúde em muitos municípios, ainda têm vínculos frágeis, representados pela falta de direitos trabalhistas legais e condições mínimas de trabalho.

Essas questões têm sido motivo de discussões, embates e lutas nas instâncias de controle social do SUS, como os Conselhos e as Conferências de Saúde, nas organizações políticas dos ACS, e no Ministério Público do Trabalho, principalmente depois do Procedimento Investigatório nº 160/2003, que questionou a forma de contratação na ESF, colocando a profissionalização, mais uma vez, no alvo de debates e propostas.

Nesse sentido, foram vários os projetos de lei (PL) que tramitaram no Congresso Nacional com o objetivo de regulamentar a prática profissional dos ACS, assim como diversos processos judiciais também foram movidos por esses trabalhadores até a criação da profissão pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002,

determinando (art. 4º) o seu exercício exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob supervisão do gestor local de saúde, mediante vínculo direto ou indireto. (MOROSINI, 2010).

As polêmicas em relação à forma mais adequada de contratação dos ACS vêm desde a inserção desse trabalhador no SUS. A principal alegação estava na característica de sua função de ser um morador da comunidade, o que dificultaria a sua admissão no serviço público, visto que isso contraria o princípio do acesso igualitário e universalista aos cargos públicos.

Em 2006, foi promulgada a Emenda Constitucional n.º 51, que prevê a possibilidade de contratação desse trabalhador por meio de processo seletivo público. Regulamentado pela lei n.º 11.350/2006 que estabeleceu o regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para esses trabalhadores e definiu as atividades que desenvolvem.

Mesmo assim, como nos explica Mota; David (2010 p. 230), ainda existe controvérsias e disputas em torno dessas questões, pois ainda permanecem sem garantia efetiva da formalização da contratação, sendo os principais requisitos estabelecidos para ser contratado como ACS ter o ensino fundamental, residir na comunidade onde irá atuar e haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário.

A lei nº 10.507 constitui-se uma vitória importante do movimento organizado dos ACS, no entanto, a vinculação institucional, melhores condições de trabalho e da formação profissional continuam a fazer parte das reivindicações desses trabalhadores. Nesse momento, as mobilizações giram em torno da aprovação do piso salarial da categoria por meio do Projeto de Lei nº 658/2011, que vem regulamentar a Emenda Constitucional 63/10 aprovada e sancionada.

Vale ressaltar que a formação profissional, uma das principais motivações de luta dos ACS, também pode estar influenciada pelo discurso de qualificação para empregabilidade, muito difundido nos últimos anos, juntamente com o ideário da polivalência e da competência, entre outros; esse trabalhador tem aspirado por melhores condições de trabalho e, sobretudo, a possibilidade de se manter no emprego, isto porque, diante do contexto de desemprego, esta é a oportunidade que se apresenta de inserção no mercado de trabalho.

Trata-se da revitalização da Teoria do Capital Humano, cuja idéia central é que os investimentos em educação dos trabalhadores corresponderiam a um aumento na capacidade produtiva e seria a solução para as desigualdades entre países e indivíduos. Com isso, transfere-se a culpa pelo desemprego para o próprio trabalhador, que deve adquirir a capacidade de competição para lutar por um espaço ou para se manter no mercado de trabalho.

As políticas governamentais, sob a égide neoliberal, segundo Neves (2008):

Vêm buscando também sedimentar, entre as várias frações da classe trabalhadora, a ideologia da educação como panacéia e a ideologia da empregabilidade. A primeira, levando-as a acreditar que quanto mais treinada a força de trabalho, melhor o desempenho da economia, mais qualificados os empregos, mais justa a distribuição de renda. A segunda, difundindo a idéia de que, quanto mais capacitado o trabalhador maiores a sua chance de ingressar e/ou permanecer no mercado de trabalho. Seduzida, em grande parte, por essas ideologias, a classe trabalhadora passa a investir na melhoria dos seus padrões de escolarização, sem ao menos refletir sobre a natureza escolar ministrada (2008. p 368).

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ACS

Nos últimos tempos, tem-se investido na qualificação profissional dos trabalhadores para a área da saúde, entretanto essas preocupações têm se constituído em um campo de embate entre diferentes concepções de trabalho, saúde e formação profissional, que dizem respeito tanto à disposição em proporcionar uma formação ampla e rica, como também de preparar o trabalhador para se adaptar às necessidades do capital.

Silva; Silva; Martins (2001) destacam baseados nas idéias Marx e Engels, que a necessidade de formação da força de trabalho e de educação formal institucionalizada ocorre porque, para o modo de produção capitalista, caracterizado pela exploração da força de trabalho por meio da extração da mais-valia, é fundamental que a força de trabalho esteja em condições de gerá-la. Sendo a qualificação necessária para isto obtida por meio da educação e do ensino.

Essa proposição é reiterada por Saviani, ao afirmar que foi para atender aos interesses da classe burguesa, que alguns países constituíram seus sistemas nacionais de ensino. Essas origens da escola conferem-lhes um caráter diretamente

atrelado à ideologia burguesa dominante, sendo, portanto, um instrumento de reprodução das relações de produção e, conseqüentemente, de dominação e de exploração. (SAVIANI, 1986 apud SILVA; SILVA; MARTINS, 2001, p.9).

Entretanto as escolas tanto podem reproduzir ideologicamente relações sociais de dominação como de transformação. Nesse sentido, podem contribuir para legitimidade da lógica do capital ou inserir-se em uma perspectiva de transformação social, pois:

Se por um lado tal mediação forma o indivíduo enquanto força de trabalho necessário para manutenção do sistema capitalista, por outro é por meio da aquisição desses saberes que se originam os elementos para que os indivíduos atuem no meio social numa perspectiva de resistência ao que está posto (SILVA; SILVA; MARTINS 2001, p. 9).

A formação profissional, nessa perspectiva, deve ser vista como expressão da classe trabalhadora e da luta histórica que trava com a classe dominante. Para que por meio desse processo educativo, seja possível refletir sobre as relações de exploração e de dominação a que estão submetidos e, desta forma, perceber o quanto é alienante o seu trabalho pelas condições que historicamente foram sendo impostas, e buscar formas de superar essa dominação.

Os termos qualificação e formação profissional são polissêmicos, e apresentam várias significações. De acordo com (PEREIRA; RAMOS 2006), formação profissional é uma expressão recente, criada para designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, assim, à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho na óptica dos trabalhadores. Está associado às ideias de autonomia e de autovalorização. No conceito de formação profissional, estão contidos os sentidos e as concepções sobre a qualificação profissional que é mais associada ou apreendida pelo trabalho que o sujeito executa.

No que se refere às políticas de formação para o ACS, definiu-se um processo com base no modelo de competências, o que foi referendado pelo *Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*, proposto pelo Ministério da Saúde em 2004.

Conforme esse documento, o conceito de competência está baseado na visão do trabalho como conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição, que deixa de ser a disponibilidade de um “estoque de saberes”, para se transformar em “capacidade de ação diante de acontecimentos”. Entendido como a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades. (BRASIL, 2004, p. 47).

A qualificação profissional apresenta três dimensões: a conceitual, relacionada à formação e à certificação profissional; a experimental, concernente ao conteúdo real da formação, incluindo os saberes tácitos; e a social, que insere a qualificação no âmbito das relações sociais. No contexto de mudanças, a qualificação tem sido tensionada pela noção de competência, em razão do enfraquecimento de suas dimensões conceitual e social e do fortalecimento da dimensão experimental. Passa-se a valorizar a subjetividade e o saber tácito do trabalhador, fortalecendo a ideia de que a construção de aprendizados vai além dos conhecimentos formais adquiridos, mas se dá a partir das diversas experiências que vivencia. (Ramos, 2001).

A não escolarização do ACS, justificada pela necessidade desse trabalhador ser representativo da comunidade em que atua, denota a desvalorização da dimensão conceitual, o que fortalece a desvalorização social desse trabalhador, sustenta a sua baixa remuneração e contrapõe-se à pauta política por uma melhor qualificação dos trabalhadores da saúde de uma maneira geral. (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, p. 267, 2007).

No contexto de mudanças, a qualificação tem sido tensionada pela noção de competência, em razão do enfraquecimento de suas dimensões conceitual e social e do fortalecimento da dimensão experimental. Passa-se a valorizar a subjetividade e o saber tácito do trabalhador, fortalecendo a ideia de que a construção de aprendizados vai além dos conhecimentos formais adquiridos, mas se dá a partir das diversas experiências que vivencia, seja na escola, no trabalho ou na vida cotidiana. (Ramos, 2001).

Os processos formativos, baseados no referido conceito, têm forte ligação com os novos requisitos exigidos pelas recentes transformações nos setores produtivos em que a lógica é construir um novo trabalhador multifuncional, flexível e polivalente. Desta forma, adestrado e pronto para fortalecer as relações capitalistas.

Também Frigotto argumenta nessa direção (2006):

As políticas de educação escolar e de formação técnico profissional que se consolidaram na hegemonia neoliberal buscaram, não sem contradição, a produção das qualificações necessárias ao funcionamento da economia nos setores restritos que exigem trabalho complexo, o alargamento da formação para o trabalho simples e a formação de quadros para elaboração e disseminação da pedagogia da hegemonia. trata-se de produzir o pacote de competências adequadas à formação do 'cidadão produtivo' ajustado técnica e socialmente às demandas do capital. Um cidadão que acredite que a ele não compete ser sujeito político. (2006, p. 266).

RAMOS (2010) corrobora essas ideias quando se refere que, ao contrário dos argumentos de que o modelo de competências permite a uma maior aproximação entre a escola e a prática social, esse modelo tende a transformar a escola em espaço de reprodução artificial do cotidiano, empobrecendo-a como espaço de conhecimento. Na melhor das hipóteses, consegue formar pessoas que lidam bem com os conhecimentos práticos, mas que não conseguem produzir novos conhecimentos. Pode resultar na formação de sujeitos capazes de se adaptar à realidade, mas não de transformá-la.

A formação profissional dos ACS está sendo realizada pelo Estado por meio da Rede de Escolas Técnicas do SUS e Centros Formadores do SUS – ETSUS, instituições públicas criadas para atender às demandas locais de formação técnica dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde, acompanhando o processo de municipalização do SUS no Brasil, estão presentes em todo o Brasil, e vinculadas, a maioria, às Secretarias Estaduais de Saúde (RET-SUS, 2011).

O Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde, seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio, é organizado em 1200 horas e dividido em 03 (três) etapas. Para a etapa formativa I (400 h), foram disponibilizados recursos por meio da portaria nº 2474/ de 12 de novembro de 2004, começando, desde então, a ser realizado em todo o Brasil.

Esse processo de profissionalização tem se dado num campo de disputas de interesses diversos, em que a correlação de forças se apresenta de modo diferenciado, a depender da região do país e dos arranjos institucionais e políticos em curso (Morosini, Corbo e Guimarães, 2007). Mais recentemente, é inegável que algumas conquistas estejam relacionadas à mobilização coletiva e à organização de entidades de representação estadual e nacional por parte dos ACS, que compõem um contingente de mais de 200 mil trabalhadores no país. (MOTA; DAVID, 2010, p. 232)

Tomando-se como exemplos dessa realidade, verifica-se que alguns estados como o Maranhão, ainda não concluiu a etapa formativa I, iniciada em 2008. O Estado de Tocantins, conclui as 3 (três) etapas, a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha do ACRE também realizou as 3 etapas. No Estado do Rio de Janeiro, a Escola Politécnica Joaquim Venâncio está realizando as 3 (três) etapas. Em Uberlândia-MG, a etapa formativa I assumida pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e por meio de parceria foi desenvolvida pela Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (ESTES/UFU), da qual participaram 240 ACS. Essa escola também se responsabilizou pela realização dessa etapa em outros 25 municípios da região conhecida como Triângulo Mineiro, em Minas Gerais.

Por enquanto, não existe financiamento para as etapas formativas II e III, segundo Bornstein; Matta; David (2009, p. 195):

Na atual conjuntura, não tem sido possível garantir integralmente a formação técnica no âmbito da política de gestão do trabalho em saúde, em nível nacional. Os principais argumentos contrários à formação técnica dos ACS tem se concentrado em torno da lei de responsabilidade fiscal, em função de um possível aumento excessivo dos gastos com salários desses trabalhadores, se tornados técnicos.

A proposta de formação técnica do ACS, deste modo, está sendo inviabilizada por ter financiamento garantido somente para a realização da etapa formativa I. Primeiro, porque esta etapa, além de responder à exigência da lei n. 11.350 de 2006, que regulamenta a profissão de ACS, também atende aos interesses dos gestores, que temem a exigência de aumento salarial em função da formação técnica, aliada a mudanças no perfil desse trabalhador, se transformados em técnicos.

Sendo assim, pode restar ao movimento organizado dos ACS continuar lutando por melhores condições de trabalho e educação, mas, que seja por uma proposta de formação voltada para a emancipação, “entendida no patamar de uma compreensão por parte do trabalhador da lógica a que é submetido pela sociedade administrada a favor do capital. Educação, portanto como contraponto e como resistência ao existente”; essa poderá ter sentido para o trabalhador. (PEREIRA, 2008, p. 394).

Segundo Ramos (2010), em pesquisa realizada nas ETSUS, percebe-se uma preocupação com a formação política, influenciada pelo pensamento freireano, assim como uma associação entre educação profissional em saúde e o SUS. Destaca que vincular a formação aos princípios de SUS e compreende-lo como parte de uma totalidade mais ampla, se apresenta como potencialidade para o desenvolvimento de uma concepção histórico-crítica. A autora esclarece:

Percebemos que essa ideia atravessa a reflexão dos representantes das escolas, mas não conseguimos vê-la de forma elaborada e consciente. É como se esse sentido estivesse autoevidente na afirmação de que a finalidade da educação é formar profissionais para o SUS. Também não se percebe uma elaboração, salvo em algumas entrevistas, entre a natureza econômico-social e a política do SUS e tais determinações na relação entre trabalho e educação do técnico em saúde. Se esta consciência existe, não se pode vê-la como fundamento explícito de uma concepção epistemológica, eticopolítica e pedagógica das escolas. A explicitação e o aprofundamento dessa compreensão provavelmente levariam à crítica da epistemologia pragmática e da hegemonia da referência na micropolítica, abrindo caminhos para que a concepção de formação politécnica e omnilateral desse direção às práticas das ETSUS (RAMOS, 2010, p. 273).

A formação de sujeitos críticos, capaz de compreender os fundamentos e as contradições do processo produtivo capitalista e de questionar as formas de exploração aos trabalhadores, e com valores alicerçados em justiça, dignidade e respeito ao outro, apesar de todos os avanços, é um desafio a ser enfrentado por essas instituições. Mas é como se refere Saviani (2002, p. 151):

Estamos, enfim, diante de uma situação em que mais do que nunca, se faz necessário resistir e lutar pela transformação da sociedade, de modo a superar os entraves que caracterizam a atual ordem social, caminhando em direção a uma forma social em que os homens- todos os homens- possam se beneficiar do imenso desenvolvimento das forças produtivas que resultaram em inestimáveis conquistas (...) esse movimento de transformação, não pode ser deixado à mercê de uma evolução natural e espontânea (...) e por se tratar de um processo voluntário e consciente não pode prescindir do concurso da educação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se o Agente Comunitário de Saúde um trabalhador muito importante para a saúde pública, não somente pela sua proximidade com as pessoas, por ser morador e conhecedor da área onde trabalha, mas porque é para eles que a população apresenta, inicialmente, as suas queixas e tem acesso aos primeiros cuidados.

Desse modo, as suas atribuições são muitas e amplas, assim como os riscos e as cargas a que são submetidos no seu processo de trabalho. Os adjetivos dirigidos a esses trabalhadores de elo entre as necessidades e o atendimento em saúde, ponte entre o saber popular e o científico, mediador social e muitos outros, mostram-nos que o trabalho que desenvolvem não é simples, portanto viver e conhecer a comunidade e passar por uma qualificação básica, pode não bastar para os cuidados em saúde que a população precisa ter.

Cuidar bem é entender a saúde como qualidade de vida e direito do cidadão. Para isso, a mediação de um processo de educação se faz importante, na medida em que possibilita refletir sobre a prática, e desta forma contribuir para mudanças qualitativas na saúde pública.

Nessa perspectiva, a formação profissional do ACS deve ter como premissa os princípios do SUS e a proposta de contribuir para uma atitude crítica diante da realidade, o que significa questionar o quanto são desumanas as formas que o trabalho assume no capitalismo, e, com essa compreensão, fortalecer a luta coletiva contra tal opressão.

Sabe-se, entretanto, que se tornou imperativo o desenvolvimento de práticas educativas cujo objetivo seja adaptar os trabalhadores às mudanças no mundo do trabalho e colaborar para o funcionamento do capitalismo. Percebe-se, também, e os estudos sobre educação profissional em saúde nos mostram, que os investimentos na qualificação dos recursos humanos para a área da saúde não têm fugido a estas determinações.

Diante disso, são muitos os desafios que se apresentam às ETSUS para constituírem-se espaços de reflexão sobre a prática e de construção de sujeitos críticos e autônomos. Ressalta-se que a troca de experiências entre as ETSUS apresenta-se de importância fundamental para o seu crescimento, tendo em vista a relevância de muitas no cenário do SUS, por ser lócus de experiências que caminham nessa direção.

As reflexões realizadas, sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e de suas lutas por melhores condições de trabalho possibilitam o esclarecimento de muitas questões, assim com suscitam muitas outras, mostrando-nos que se fazem necessários outros estudos.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. *Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1996.

ANTUNES, Ricardo. A Nova Morfologia do Trabalho, suas Principais Metamorfoses e Significados: um balanço preliminar. In: Guimarães, Cátia (Org.) *Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez 2003.

BORGES, Camila Furlanetti; ABRUNHOSA, Marcela Alves; MACHADO, Felipe Rangel de Sousa. Cuidado, acessibilidade e integralidade: elementos fundamentais para pensar a saúde e o trabalho dos ACS. In: MONKEM, Mauricio; DANTAS, André Vianna. *Estudos de politecnicia e Saúde*, v. 4, Rio de Janeiro Ed. FIOCRUZ/EPSJV, 2009.

BORNSTEIN, V. J.; MATTA, G. C.; DAVID, H. O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em Saúde. In: MONKEN, Mauricio; DANTAS, André Vianna. *Estudos de Politecnia e Saúde*. V. 4. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. *Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002*, Brasília, 2002.

_____. *Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999*. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2474/12 de novembro de 2004*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. *Referencial curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde* /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DURÃO, Ana Violeta et al. Analisando o processo de qualificação do agente Comunitário de Saúde (ACS). In: Monken, Mauricio; Dantas André Vianna. *Estudos de Politecnia e Saúde*. v. 4. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

FLEURY, Sonia. Reforma do Estado, seguridade Social e Saúde no Brasil. In: Matta, Gustavo Corrêa; Lima, Júlio César França (orgs) *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ/EPSJV, 2008.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Fundamentos científicos e técnicos da relação trabalho e educação no Brasil de hoje. In: LIMA, J. C. F; NEVES, L. M. W. (orgs). *Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006. p.241-289.

KUENZER, Acácia Zeneida. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho, In: *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2(1): p.239-265, 2004.

MATTOS, Gustavo Corrêa. *Revista Poli*, set/out 2009.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar. DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? In: *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 229-248, jul./out. Ed. FIOCRUZ, 2010.

MÉSZÁROS, Istvan. Desemprego e precarização: um grande desafio para esquerda. In: Antunes, Ricardo (org) *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006.

MOROSINI, Márcia Valéria. *Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. / Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

_____ Morosini. Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia Corrêa. O Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: *Trabalho, educação e saúde*, v. 5 n. 2, p. 261-280, Ed. FIOCRUZ, 2007.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. A política educacional brasileira na “sociedade do conhecimento. In: Matta, Gustavo Corrêa; Lima, Júlio César França (orgs). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/EPSJV, 2008.

PEREIRA, Isabel Brasil. A Educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade. In: Matta, Gustavo Corrêa; Lima, Júlio César França (orgs). *Estado, sociedade e formação profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/EPSJV, 2008.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

PREVITTALI, Fabiane Santana. Aspectos Teóricos-Metodológico e Estudos Empíricos setoriais. In: Afonso Celso Caldeira Scocuglia. et al. (orgs). *O controle do trabalho no contexto da reestruturação produtiva do capital*. Curitiba, PR: Ed. CRV, 2011.

RAMOS. Marise. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. *Revista Formação*. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 2, p.5-16, 2001.

_____. *Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; UFRJ, 2010.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise Elvira. A Temática do processo de trabalho em Saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. Coleção Educação Profissional em Saúde: *A formação e o trabalho do Agente Comunitário*

de Saúde. FIOCRUZ. 2007, 2007.

SAVIANI, Dermeval. O choque teórico da politecnicia, *Revista trabalho e educação e Saúde*. v.1, n.1, 2002. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. EPSJV.

SILVA, C.R; SILVA, L.F.; MARTINS, S.T.F. Marx, ciência e educação: a práxis transformadora como mediação para a produção do conhecimento. *Anais – O método materialista histórico dialético*. ABRAPSO (Bauru): ABRAPSO, 2001 v1, n1, p.1-11.

VIEIRA, Monica. As políticas de Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. *Coleção Educação Profissional em Saúde: A formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. FIOCRUZ, 2007.

¹ Graduada em Serviço Social (1983), especialista em Gestão em Saúde (2004) e em Políticas Sociais e Processos Pedagógicos do Serviço Social (2008) pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Com Formação Pedagógica para docentes de ensino médio e profissional, pela Universidade Estadual do Maranhão -UEMA (2007), Atualmente é mestranda em Educação, do Programa de Pós-Graduação em Educação, Linha de Política e Gestão da Educação, da Universidade Federal de Uberlândia - UFU. E-mail: mariaalcinag@yahoo.com.br

² Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (2002), professora adjunta IV da Universidade Federal de Uberlândia - UFU, atuando junto aos Programas de Pós-Graduação em Educação – FACED/UFU e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – INCIS/UFU. Coordena o Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação e Sociedade – GPTES. É pesquisadora do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação e Formação Humana (UFU/FACED) e do Grupo de Pesquisa Estudos sobre o mundo do Trabalho e suas metamorfoses (UNICAMP/IFCH).E-mail: fabianesp@netsit.com.br

RECEBIDO EM: 04.07.2011

APROVADO EM: 16.07.2011