

Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura

Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review

Vera Joana Bornstein ¹
Eduardo Navarro Stotz ²

Abstract *This paper is the outcome of a bibliographical review that aims at systemizing references in the literature to concepts involved in the training and work processes of community health agents under the Community Health Agent Program (PACS) and the Family Health Program. Published in scientific journals, manuals and official documents through to October 2004, 504 articles were consulted, of which 49 were selected and examined in full. The findings were systematically arranged under four themes, reviewing controversial aspects raised by authors, outstanding among which are: the 'discourse of change' statements in official documents, defining the Family Health Program as a reorientation strategy for the Primary Healthcare Model; the scope and ambiguity of understandings of the role of mediator and definitions of the duties and responsibilities of Community Healthcare Agents, as well as the gaps in their training*

Key words *Community health agent, Reorientation of healthcare model, Mediation, Assignments, Training*

Resumo *O presente artigo é resultado de uma revisão bibliográfica que tem como objetivo sistematizar as referências da literatura relacionadas às concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF). Foram consultados 504 artigos de periódicos científicos, manuais e documentos oficiais publicados até outubro de 2004, dos quais 49 foram selecionados e consultados integralmente. Os resultados encontrados foram sistematizados em quatro eixos temáticos, tendo sido abordadas as polêmicas levantadas pelos autores, das quais se destacam: o "discurso mudancista" presente nos documentos oficiais, que definem o PSF como estratégia de reorientação de modelo de atenção básica; a amplitude e ambigüidade presentes no entendimento do papel de mediador e na definição das atribuições do agente comunitário de saúde e as lacunas existentes na sua formação.*

Palavras-chave *Agente Comunitário de Saúde, Mudança de modelo de atenção, Mediação, Atribuições, Formação*

¹Vila Olímpica da Maré.
Rua Tancredo Neves s/nº,
Maré. 21032-970 Rio de
Janeiro RJ.

vejaana@ensp.fiocruz.br
²Departamento de
Endemias Samuel Pessoa,
Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca,
Fiocruz

Introdução

Segundo Souza¹, a criação do PACS recuperou diversas e diferentes experiências no país, sendo que a experiência de agentes comunitários do Ceará, foi a que, “com pioneirismo e abrangência estadual”, mais contribuiu para o desenho da execução do programa nacionalmente. Em publicação do Ministério da Saúde², também se destaca esta experiência que se desenvolveu a partir de 1987, tendo sido criada inicialmente como “frente de trabalho” em uma conjuntura de seca, onde um grupo formado principalmente por mulheres passou a realizar ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense.

A partir de 1991, o Ministério da Saúde começa a implantar o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), que em 1992 passa a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF). Todos estes programas estavam vinculados à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), até que, em 1995, o PACS e o PSF foram transferidos para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Em meados de 1999, estes programas passaram para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e, neste mesmo ano, o governo federal define as atribuições do ACS, no Decreto nº 3.189, onde estabelece que ao ACS cabe desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade.

Ainda que a existência de agentes de saúde remonte há vários anos, a profissão foi criada na Lei 10.507 de 10 de julho de 2002. De acordo com o art. 2º,

A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.

Segundo informações do Ministério da Saúde, o total de ACS existentes no Brasil em dezembro de 2004 chegava a aproximadamente duzentos mil.

A história do PACS e do PSF não constitui o escopo do presente artigo; no entanto, informações mais detalhadas sobre este tema podem ser encontradas nas referências: Brasil²; Brasil⁴; Brasil⁵; Souza¹; Viana & Dal Poz⁶. O que pretendemos aqui analisar são as concepções que se rela-

cionam com a formação e o processo de trabalho dos ACS e que estão presentes na literatura sobre Saúde da Família.

Material e método

O presente artigo de revisão bibliográfica tem como objetivo sistematizar as referências da literatura relacionadas às concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF).

A pesquisa bibliográfica desenvolvida no presente artigo é parte de pesquisa acadêmica orientada, na presente fase, para a discussão e a justificativa das categorias de análise dos dados oriundos do trabalho de campo⁷, a se realizar. Tais categorias são desdobramentos específicos das dimensões ou eixos temáticos por meio dos quais se procura entender o papel mediador do agente comunitário de saúde. Conseqüentemente, a revisão dos artigos, documentos e manuais foi organizada e sistematizada em eixos temáticos significativos para este entendimento, a saber:

. **Mudança do modelo de atenção**, considerando que este tema possibilita o dimensionamento da importância que o ACS tem na busca de uma nova estratégia de reorientação do modelo de atenção básica em Saúde e na reorganização dos serviços e ações de saúde;

. **Mediação/elo**, visando conhecer a expectativa existente nos documentos oficiais e o que já havia sido escrito por outros autores com relação a este papel dos agentes de saúde;

. **Perfil profissional e atribuições**, estabelecidos pela instituição e pelos quais os agentes de saúde são avaliados e cobrados;

. **Formação**, onde está presente o conhecimento em saúde institucionalmente considerado relevante para seu papel de mediador.

Em todos os eixos, foram abordadas as áreas de consenso e as de controvérsia entre os autores consultados.

Utilizamos os seguintes conjuntos de palavras (AND): Conhecimento Saúde; Conhecimento Agentes; Conhecimento Popular Saúde; Formação Agentes; Capacitação Agentes; Agentes Comunitários de Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Agentes de Saúde; Agente Saúde; Agente Comunitário; Saúde da Família. O maior número de referências foi encontrado na base de dados da Scielo nos conjuntos: Conhecimento Saúde com 272 referências; Saúde da Família: 168

referências; Agente Comunitário: 64 referências. A busca foi ampliada para Agente OR Saúde, para a qual foram encontrados 2.592 resultados no acervo da biblioteca da ENSP, cujos títulos e/ou resumos fizeram parte da seleção.

A pesquisa bibliográfica concentrou-se em artigos de periódicos científicos, manuais e documentos oficiais publicados até outubro de 2004. Foram eliminados os artigos que, incluindo a palavra ACS, tinham seu principal foco em indicadores de saúde, aspectos financeiros, administrativos, e temas de interesse específico regional, como por exemplo, cólera na Amazônia. Foram selecionados 49 títulos consultados integralmente.

O presente trabalho é o resultado da análise dos artigos encontrados nas seguintes bases de dados: acervo da biblioteca da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – www.bvssp.cict.fiocruz.br); Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, (www.saudepublica.bvs.br) em literatura científica, portal de bases bibliográficas, Brasil; Editora do Ministério da Saúde (<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos>); Portal da CAPES (www.capes.gov.br), periódicos/textos completos/ciências da saúde/saúde coletiva); Portal da Scielo Brasil (www.scielo.br), em pesquisa de artigos; revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação (www.interface.org.br).

Resultados por eixos de análise

Mudança de modelo de atenção

A partir de 1997, o PACS e o PSF passam a ser prioridades do Plano de Metas do Ministério da Saúde, sendo que em documento de sua Secretaria Executiva⁸, o PACS é considerado uma estratégia transitória para o PSF. Por outro lado, nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, o PSF é apresentado como uma estratégia que visa à reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e hospitalocêntrico, por um modelo cujas principais características são o enfoque sobre a família a partir de seu ambiente físico e social, como unidade de ação; a adscrição de clientela através da definição de território de abrangência da equipe; estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população em vez da ênfase na demanda espontânea; e a atuação intersetorial com vistas à promoção da saúde.

Viana & Dal Poz⁶ identificam dois tipos de reforma dos sistemas de saúde, nomeados como *big bange incremental*. O primeiro se caracteriza pela introdução de modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida e pontual. O segundo, a reforma incremental, se baseia em pequenos ajustes sucessivos com um conjunto de modificações no desenho e operação da política. Mencionam o PSF como uma estratégia de reforma incremental, considerando que este aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde e nas formas de organização dos serviços.

Entre as publicações revisadas, poucas são aquelas que apontam questões críticas na implantação do PACS e do PSF. Franco & Merhy⁹ têm feito questionamentos com relação ao que chamam de “discurso mudancista” que atribui ao PSF o papel de estratégia para a reorganização da prática assistencial em novas bases e colocam que os debates sobre o PSF têm se caracterizado por uma cada vez maior despolitização e superficialidade. Consideram que a observação das experiências indica uma defasagem entre o “discurso mudancista” e as práticas assistenciais que implementa, mostrando que não se tem conseguido realizar a “missão prometida”. Para fundamentar esta afirmação, sustentam que:

- a) O PSF baseia suas propostas nos conhecimentos relacionados à epidemiologia e à vigilância à saúde, o que não seria suficiente em muitas situações onde o conjunto da prática clínica seria essencial para atender as necessidades de assistência;
- b) Falta um esquema para atender a demanda espontânea que, do ponto de vista do usuário, é uma prioridade;
- c) A proposta do PSF/PACS é apresentada pelo Ministério da Saúde com um alto grau de normatividade;
- d) A mitificação do médico generalista como se este profissional pudesse por si só implementar novas práticas de saúde junto à população;
- e) As “visitas domiciliares compulsórias” são criticadas, principalmente no que se refere aos médicos e enfermeiras, já que estas deveriam acontecer de acordo com indicação explícita para elas e não como rotina, podendo inclusive significar uma excessiva intromissão na privacidade das pessoas.

Os autores concluem que a implantação do PSF por si só não resulta necessariamente na mudança do modelo assistencial. Pode haver Unidades de Saúde da Família medicocentradas,

assim como outras usuariocentradas, o que vai depender dos diversos modos de agir dos profissionais na relação entre si e com os usuários.

Outro trabalho que também analisa criticamente as experiências com ACS é o artigo de Martins *et al.*¹⁰ A análise, no entanto, é feita do ponto de vista de um grupo de seis professoras-enfermeiras que se referem à aproximação do trabalho do ACS às práticas de enfermagem. As autoras consideram vantajosa a incorporação do ACS nos serviços de saúde por ser uma incorporação quase imediata, de baixo custo e por facilitar a mediação entre a população e o serviço de saúde através principalmente de ações educativas e de promoção à saúde.

A polêmica sobre o trabalho do ACS como “serviço para pobres” ou como complementar aos serviços já existentes é levantada por Giffin & Shiraiwa¹¹. Argumenta-se que, durante muitos anos no Brasil, a rede básica de saúde pública vem sendo usada principalmente pela população que necessita maiores investimentos na busca de melhores soluções devido a sua situação sanitária e ao seu perfil de morbi-mortalidade. O serviço do ACS seria, portanto, uma busca de alternativa aos serviços tradicionais.

Ainda sobre o mesmo tema de “serviço para pobres” ou serviço complementar àqueles já existentes, Fernandes¹² alerta sobre o risco da implantação de projetos que perpetuem um modelo assistencial desigual e discriminatório, onde exista uma forma de organização dirigida às classes ricas com profissionais altamente especializados e utilização de tecnologia sofisticada e outra forma, dirigida às populações carentes, baseada em recursos simplificados.

Favoreto & Camargo Jr¹³ afirmam também que, na maioria dos municípios examinados em seu estudo, tem predominado a estratégia de extensão de cobertura assistencial marcada pela introdução de uma prática de medicina simplificada, dirigida às populações menos favorecidas. Apontam ainda vários problemas em relação à resolutividade dos serviços de saúde da família, tais como: o sistema de referência e contra-referência, a rigidez na conformação profissional da equipe de saúde da família, o despreparo e qualificação insuficiente dos médicos de família. Entendem que a ênfase com relação à mudança do modelo assistencial é feita sobre as formas de organização e controle e sobre a normatização dos processos de trabalho sendo, no entanto, necessário aprofundar um novo entendimento dos profissionais, no que se refere a seus papéis e ao contexto em que atuam, a fim de que possam mudar

sua prática. Este entendimento refere-se também às representações sociais de saúde, doença e cura da população e à participação das dimensões biopsicossociais do processo de adoecimento.

Mediação/elo

O ACS como mediador ou elo entre a comunidade e os serviços de saúde ou entre saberes diferentes tem sido abordado por vários autores e documentos oficiais^{11,12,14,15,16,17,18,19,20}.

No manual “O trabalho do agente comunitário de saúde”²¹, uma personagem que representa uma enfermeira do PACS expressa que o ACS é um agente de mudanças na medida em que aprende “com as experiências das pessoas, com os profissionais de saúde, compartilhando o que foi aprendido com a própria comunidade”.

Ainda no mesmo manual, aponta-se a importância do intercâmbio de conhecimento entre todos os membros de uma comunidade, já que cada um tem um jeito de contribuir e que toda contribuição tem valor. Esta troca faria parte de um processo de educação para a participação em saúde e o ACS precisaria estar atento a este processo.

Mendonça¹⁵ destaca a característica singular do ACS no que se refere a seu pertencimento à comunidade, como forma de “[...] garantir a vinculação e a identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade”.

Ao comentar a grande penetração dos agentes junto à população das áreas cobertas, Solla *et al.*¹⁹ fundamentam-se na pesquisa realizada em doze municípios do estado da Bahia, onde o PACS estava implantado, revelando que a maioria dos entrevistados, além de conhecer o ACS, também sabia seu nome, seu endereço e maneiras de convocá-lo quando preciso. Destacam o cumprimento da função de elo exercida pelos ACS, que é percebido pelos usuários por meio da facilitação do acesso à unidade básica de saúde. No entanto, ao abordar a contra-referência, a avaliação dos supervisores dos ACS não foi positiva. Outro ponto crítico apontado é a dificuldade dos ACS em encontrar respostas positivas aos encaminhamentos realizados para os serviços de saúde de maior complexidade, o que dificulta seu papel de mediador e resulta potencialmente na “[...] perda de legitimidade do ACS frente à comunidade e o desestímulo do agente para o desempenho de suas ações”.

Fernandes¹² alerta sobre o risco dos agentes terem uma “participação passiva” na sua interação com a comunidade, à medida que assimilam o discurso dos técnicos de fora e o reproduzam de forma mais ou menos mecânica.

Na discussão dos resultados da pesquisa realizada no Piauí, Pedrosa & Teles¹⁸ comentam que os agentes de saúde com liderança e participação em movimentos sociais mudavam sua forma de relacionamento com a comunidade ao se tornarem agentes de saúde, ou seja, à medida que assumiam as regras instituídas no contrato e nas metas de produtividade. Por outro lado, assinalam o risco de que, na intermediação entre unidade de saúde e usuários, os agentes reproduzam comportamentos calcados em velhas concepções de favores e de facilitação do acesso. Reportam-se, ainda, à pressão sofrida pelos ACS sobre seu trabalho por parte das organizações locais e também à rejeição por candidatos não selecionados.

Ainda sobre a mediação do acesso no sentido de sua facilitação, Trad *et al.*²⁰, referindo-se à avaliação qualitativa da satisfação de usuários de PSF em cinco municípios da Bahia, confirmam que os ACS são valorizados pelos usuários pela facilidade em transitar no sistema formal de atenção à saúde, o que por sua vez também pode facilitar o acesso ao cuidado dos moradores. No entanto, quando se trata do acesso a serviços de maior complexidade, a avaliação indica que, de uma forma geral, em todos os municípios pesquisados, o sistema de referência e contra-referência vem funcionando de modo informal, utilizando-se de contatos pessoais com profissionais ligados a setores de média e alta complexidade.

Uma referência importante sobre o eixo ACS/mediador é o artigo de Giffin & Shiraiwa¹¹ publicado em 1989. No entanto, é necessário levar em consideração que este artigo se refere à experiência anterior à adoção do PACS/PSF como política oficial. Algumas das questões polêmicas relacionadas com este eixo, apresentadas neste artigo e que considero estarem presentes nas experiências atuais, são:

- . Mais do que uma duplicação dos serviços da rede por meio da ação dos ACS, a visita domiciliar é geralmente uma cobertura mais ampla do que a realizada normalmente;

- . Sobre a prática educativa e seu caráter dominador ou transformador, o risco da educação ser dominadora é colocado pelas autoras na medida em que o ACS tem objetivos pré-definidos com relação à melhoria da saúde da população e procura convencê-la sobre o que deve ser feito. Como aspecto favorável a uma educação transformadora, as autoras mencionam o fato da própria formação do ACS já ser uma “democratização do saber médico”.

Nunes *et al.*¹⁷ consideram que o ACS pode

funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação e no diálogo entre os dois tipos de saberes e práticas. Por um lado, o ACS convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha e, por outro lado, a sua formação acontece geralmente a partir de referenciais biomédicos. Facilita também seu papel de mediador o conhecimento sobre as dinâmicas sociais da comunidade. Os autores apontam a importância de explorar melhor a mediação entre saberes realizada pelos ACS, alertando que esta pode ser entendida como uma tradução no sentido que vai do universo científico ao popular. A mediação poderia ser feita no sentido de encontrar uma melhor estratégia para que as normas e as metas dos serviços sejam entendidas e assimiladas pelas “classes populares” ou no sentido de encontrar nos serviços uma abertura para entender a lógica e a dinâmica local.

As atividades educativas desenvolvidas autonomamente pelos ACS surgem da percepção de que as proposições de mudanças de hábitos e comportamentos (alimentar, higiênico e outros) encontram várias formas de resistência por parte da população. Pedrosa & Teles¹⁸ mencionam que diante de dificuldades de aceitação com relação a palestras para gestantes, idosos e hipertensos, os ACS criam alternativas através da promoção de outros tipos de eventos como passeios, cartazes e dramatizações.

Nogueira *et al.*¹⁶ ampliam o conceito de mediação, quando apontam que a função de “ponte” pode ser entendida também com relação à facilitação do acesso aos direitos de cidadania de modo geral. O fato do agente de saúde visitar os moradores da comunidade em suas casas e entrar em contato com situações que muitas vezes não estão diretamente relacionadas à capacidade de resposta do setor saúde estende seu papel de mediação a distintas esferas de organização da vida social. A visita no domicílio das famílias criaria também uma nova relação com a comunidade diferente do que quando a pessoa vai à Unidade de Saúde onde não se conhece sua origem. Com base nos depoimentos colhidos, os autores propõem que o papel de mediador social exercido pelo ACS seja assim resumido: ***é um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado***¹⁶.

Perfil profissional e atribuições

As atribuições básicas dos ACS estão estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, sendo detalhadas num total de 33 itens. São mencionadas atribuições que fazem parte do conhecimento da área (cadastramento, diagnóstico demográfico, definição do perfil socioeconômico, mapeamento e outras); atribuições que fazem parte do acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo detalhados os grupos populacionais que deverão ser acompanhados (gestantes, puérperas, hipertensos e outros), os temas que deverão ser abordados (aleitamento materno, imunização, reidratação oral e outros) e as necessidades de monitoramento (diarréias, infecções respiratórias agudas, tuberculose, hanseníase e outros). São mencionadas, ainda, ações educativas referentes à prevenção do câncer, métodos de planejamento familiar; saúde bucal, nutrição e atribuições que não são específicas da saúde, como ações educativas para preservação do meio ambiente; abordagem dos direitos humanos e estimulação à participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida.

A maioria das “atribuições” mencionadas é composta por atividades relacionadas com os programas desenvolvidos pelas unidades de saúde e tem caráter biomédico e individual. Ainda que se mencione a necessidade de promover “ações coletivas”, os instrumentos de informação que devem ser preenchidos pelos ACS e que fazem parte do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) não detalham este tipo de trabalho. A ênfase do SIAB é feita sobre fichas que permitem a avaliação da produtividade baseada em ações individuais e avaliação de indicadores de saúde.

Nogueira *et al.*¹⁶ trazem a discussão sobre o perfil do ACS e seu enquadramento em relação a outras profissões de saúde. Pontuam que existem duas interpretações: uma, onde o ACS é entendido como pertencendo ao grupo de enfermagem por realizar cuidados de saúde, e outra, onde o ACS é visto como um trabalhador genérico que não tem similar entre as profissões de saúde tradicionais. Trata-se de um trabalhador *sui generis* com identidade comunitária, que realiza tarefas que não se restringem ao campo da saúde, como, por exemplo, a facilitação do acesso aos direitos de cidadania de forma geral.

Silva & Dalmaso²² referem-se a duas dimensões principais que podem ser identificadas na proposta de atuação do ACS: uma mais estritamente técnica, onde se situa o atendimento aos

indivíduos e famílias, a prevenção de agravos e o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outra mais política, onde a saúde é entendida no contexto mais amplo e onde se insere a organização da comunidade e a transformação das condições de vida. Mencionam também a dimensão de assistência social, esclarecendo que esta pode ser encontrada na prática, ainda que não constasse dos programas oficiais em 2002. Os autores entendem que, ao assumir estas dimensões, cria-se um dilema permanente para o agente, na medida em que a convivência entre as diferentes dimensões entra em conflito na dinâmica do cotidiano. Entendem que o saber sistematizado e os instrumentos existentes na área da saúde não são suficientes para suprir as necessidades de trabalho dos agentes, tanto no que se refere à abordagem familiar, como com relação ao contato com situações de vida precária. A falta de saberes sistematizados para o pólo mais político e de assistência social acaba fazendo com que os ACS trabalhem mais com o senso comum e com a religião. Ressaltam ainda a variedade de expectativas existentes sobre a função do ACS, que ora se vê como educador em saúde, ora como organizador de acesso, como “olheiro” da equipe na identificação e captação de necessidades.

Em debate sobre o texto mencionado anteriormente, Tomaz²³ alerta sobre a “super-heroização” e a “romantização” do ACS quando se atribui a este profissional o papel de ser a “mola propulsora da consolidação do SUS”. Entende que suas atribuições e seu papel têm sido distorcidos, sobrecarregando seu trabalho. Comenta, também, que o processo de transformação social é um processo lento e é papel de todos os cidadãos.

Em seus comentários sobre o texto de Silva & Dalmaso²², Nogueira²⁴ afirma que a sobrecarga de expectativas com relação ao ACS não decorre do fato de haver descrições discrepantes sobre suas funções, mas principalmente pelas diferenças nas concepções éticopolíticas sobre como a saúde pode ser promovida nessa interface entre auto-organização comunitária e sistemas de Estado. Identifica uma visão comunitarista, para a qual o que o ACS “[...] faz depende dos problemas vividos e referidos pelas famílias, como prioridades que não emanam dos programas de Estado” e uma visão universalista e estadista para a qual o ACS precisa ter um perfil técnico bem estruturado, um preparo técnico uniforme e um cargo nas estruturas organizacionais do Estado. Concorda com Silva & Dalmaso sobre a falta de abordagens e instrumentos adequados de preparação do ACS de uma maneira geral.

Em pesquisa realizada em Bauru/SP²⁵, chama-se a atenção ao papel de apoio emocional e psicológico assumido pelo ACS e ao papel de adequar as orientações sobre saúde à realidade da comunidade.

Em documento recente do Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação²⁶, toma-se como pressuposto para o delineamento do Perfil de Competências Profissionais do ACS, a **valorização da singularidade profissional do ACS, como um trabalhador de saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente**. Para a construção do “Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde”, se define que o ACS é um trabalhador do âmbito específico do SUS, ao mesmo tempo em que se aponta sua relevância no contexto de mudança das práticas de saúde e o papel social do ACS junto à população. Retoma-se, ainda, a formulação de Nogueira *et al.*¹⁶ sobre o papel de mediador social do ACS.

Formação

Segundo o Guia Prático do PSF²⁷, o candidato à vaga de ACS não precisa ter conhecimentos prévios na área de saúde. Após sua aprovação, ele receberá treinamento sobre as ações que deverá desenvolver e estará sob constante supervisão do seu enfermeiro/supervisor.

A conclusão do ensino fundamental passa a ser uma exigência a partir da aprovação da Lei nº 10.507/julho 2002, que criou a profissão dos ACS e nesta mesma lei é colocada a exigência de haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para sua formação. Ao Ministério da Saúde cabe definir o conteúdo programático deste curso.

Em documentos oficiais^{27,28}, existe a recomendação de que toda a Equipe de Saúde da Família (ESF) inicie seus trabalhos por meio de um processo específico de capacitação, chamado de treinamento introdutório, que visa discutir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do PSF instrumentalizando as equipes na organização inicial do seu processo de trabalho. Esta instrumentalização é proposta nos Cadernos de Atenção Básica: o Caderno 2²⁹ apresenta orientações sobre o treinamento introdutório e o Caderno 3 aborda o processo de educação permanente³⁰. A responsabilidade pela capacitação e pela educação permanente dos profissionais inseridos nas equipes do PSF é atribuída, a partir de 1997, aos pólos de capacitação estruturados por redes de instituições de ensino e serviços.

No manual “O trabalho do agente comunitário de saúde²¹”, que faz parte do conjunto de materiais de apoio ao processo de capacitação do ACS, o conceito de saúde trabalhado é amplo, incluindo questões relacionadas com alimentação, moradia, trabalho, educação, lazer, cultura, meio ambiente, terra, participação popular, solidariedade e outros fatores. Os conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde estão presentes no manual em vários trechos, assim como os princípios do SUS. Outro conceito que permeia o manual é o conceito de risco. Faz-se menção à situação de risco, fatores de risco, áreas de risco, famílias em situação de risco. Apesar do risco ser apresentado na maioria dos capítulos como uma situação dinâmica, no texto de apoio sobre diagnóstico comunitário fala-se de indivíduos e grupos de risco, e que estes poderão constituir-se no “alvo” prioritário das atividades e serviços de saúde. A identificação do risco é a primeira das ações sugeridas ao ACS e este é, portanto, um conceito-chave na capacitação dos ACS.

Entre os artigos e documentos revisados, poucas foram as menções às experiências de formação dos ACS. O artigo de Nunes *et al.*¹⁷ refere-se à fala dos ACS que, ao compor a equipe de saúde da família, consideram estar assumindo a responsabilidade de dominar certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina. Por meio da formação que recebem, têm um maior acesso ao saber biomédico que, por ser mais valorizado do que o conhecimento popular, lhes conferiria maior prestígio social. Esta seria uma contradição, já que o conhecimento característico do ACS é o saber popular em saúde e o conhecimento sobre a dinâmica social da comunidade onde trabalha. Os autores fazem ainda um questionamento sobre a consciência dos ACS com relação à importância deste conhecimento que lhes é genuíno e sobre o preparo das equipes de saúde da família para incorporar este conhecimento.

Em relação aos programas de saúde de forma geral, Giffin & Shiraiwa¹¹ ressaltam a importância de abordar as necessidades sentidas e soluções apresentadas pela população, sem negar a responsabilidade técnica em apontar outras necessidades e a busca de soluções. Isso implicaria na criação de espaços onde esta troca pudesse ser legitimada e a disponibilidade de relativizar todos os saberes.

Silva & Dalmaso²² apontam a importância de flexibilidade nos processos e metodologias de preparação de pessoal, tendo em vista a enorme variedade de contextos em que se implanta o programa. Como uma das estratégias para o desen-

volvimento do trabalho do agente comunitário, os autores mencionam as atividades de supervisão dos trabalhos a fim de manter sua qualidade.

Tomaz²³ ressalta três aspectos que devem ser levados em conta ao discutir o processo de formação ou qualificação de recursos humanos: o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e que competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional. Entende que ***o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel***. Defende a necessidade de utilizar métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante, e, quando possível, incluindo novas tecnologias, como a educação à distância. Inclui, ainda, a necessidade de abordar no programa educacional competências “transversais”, como a capacidade de trabalhar em equipe e a comunicação.

De acordo com Mendonça¹⁵, os conhecimentos exigidos no processo de trabalho do ACS são bastante complexos e diversificados, apontando também ao fato destes conhecimentos transcendem o campo da saúde por requererem a aprendizagem de aspectos que estão presentes nas condições de vida da população e que exigem uma atuação intersetorial.

No segundo semestre de 2004, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, lançam o documento: “Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde²⁶”. Este documento pretende servir como fonte de orientação à construção autônoma pelas escolas de seus currículos destinados a organizarem cursos técnicos de formação do ACS.

O referencial curricular está direcionado para a preparação de técnicos de nível médio que deverão atuar junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. São mencionados também a atuação intersetorial e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. O curso está estruturado com uma carga horária mínima de 1.200 horas e seu acesso está previsto através de três etapas: Etapa formativa I, para todos os ACS inseridos no SUS, independentemente de escolarização e com carga horária de quatrocentas horas. Etapa formativa II, para ACS que concluíram a etapa formativa I e que concluíram ou estão cursando o ensino fundamental, com a carga horária

de seiscentas horas. Etapa formativa III, para concluintes das etapas anteriores que estão cursando ou concluíram o ensino médio, com carga horária de duzentas horas. Está prevista ainda no documento a prática profissional que deve ser incluída na carga horária de cada etapa.

Considerações finais

A literatura sobre a formação e o processo de trabalho dos ACS, examinada de acordo com os eixos temáticos propostos, traz algumas contribuições, assinaladas a seguir.

No eixo temático “Modelo de atenção”, o PACS é citado nos documentos oficiais como uma estratégia transitória para o PSF que, por sua vez, visa à reorientação do modelo de atenção básica e uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde.

Foi possível encontrar vários questionamentos ao “discurso mudancista” presente nos documentos oficiais. Algumas das questões levantadas nos artigos revisados foram: a de que mesmo priorizando a prevenção e a promoção, existem necessidades imediatas da população que precisam ser satisfeitas; a imposição do modelo e o alto grau de normatividade da proposta do PSF; a mitificação do médico generalista em contraposição ao especialista; a falta de garantia na mudança do modelo medicocentrado; a lenta resposta do aparelho formador de recursos humanos com relação a um profissional com novo perfil.

Com relação ao PACS, não existe uma diretriz de reorientação do funcionamento da Unidade de Saúde à qual os ACS estão vinculados. Não foram encontrados artigos que analisem as possibilidades desta relação.

O papel do ACS como mediador é uma unanimidade, tanto no que se refere à mediação entre o serviço e a comunidade, como no que se refere à mediação entre diferentes saberes. Este conceito foi ampliado ao incluir a facilitação do acesso aos direitos de cidadania de modo geral. São levantadas questões com relação à forma como é feita a mediação que pode assumir um caráter vertical na medida em que o serviço prioriza suas orientações na comunidade e procura convencer a população com relação ao saber tecnocientífico. O caráter transformador da mediação se daria à medida que existisse um maior compartilhamento do conhecimento e maior permeabilidade dos serviços com relação às necessidades e demandas da população.

Ainda que o papel de mediação exercido pelo

ACS seja uma unanimidade nos documentos e artigos consultados, esta mediação parece implicar em contradições que significam, por um lado, prestígio e poder junto à população de sua área de atuação e, por outro lado, desgaste ao absorver a pressão de pessoas da comunidade insatisfeitas com o serviço ou que procuram conseguir favorecimentos em termos de acesso.

As atribuições dos ACS fixadas na legislação referem-se, sobretudo, a atividades relacionadas aos programas desenvolvidos pelas Unidades de Saúde e têm caráter biomédico e individual. Apesar de serem mencionadas também ações coletivas e educativas, o Sistema de Informação da Atenção Básica não solicita o detalhamento destas.

Na literatura consultada, é feita referência a duas dimensões principais, que podem ser identificadas na proposta de atuação do ACS: uma mais estritamente técnica e outra mais política. Menciona-se também a dimensão de assistência social que pode ser encontrada na prática, ainda que não seja explicitada nos programas oficiais da

época. A falta de instrumentos e de tecnologia para suprir as necessidades de trabalho dos ACS nas diferentes dimensões propostas para sua atuação é apontada por vários autores. O ACS é definido como um trabalhador *sui generis* por ser um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas que extrapolam o campo da saúde.

No que se refere à formação do ACS, apesar do Ministério da Saúde definir as principais diretrizes para sua formação, na prática este processo ainda é muito diversificado.

Uma contribuição a esta formação deve considerar, a nosso ver, os conceitos de saúde e o de risco presentes no manual "O trabalho do agente comunitário de saúde"²¹, na medida em que remetem, respectivamente, a dimensões mais amplas do que o corpo da biomedicina e destacam o conhecimento da dinâmica social local. São conceitos que têm a capacidade de estruturar a formação dos ACS na perspectiva do papel mediador entre a população e os serviços de saúde e entre diferentes saberes.

Colaboradores

VJ Bornstein trabalhou na concepção teórica, revisão bibliográfica, elaboração e redação final do texto; EN Stotz trabalhou na elaboração da concepção do artigo.

Referências

1. Souza HM. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: Negri B, Viana ALA organizadores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. p. 221-240.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Reunião dos coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da Família: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde/Publicações Eletrônicas; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev. Brasileira de Saúde Materno-Infantil* 2003; 3(1):113-125.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Sobre a qualificação e a profissionalização dos agentes de saúde e agentes de vigilância em saúde*. Informação para a reunião da tripartite de 26/06/03; 2003. [mimeo].

6. Viana ALA, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. *Physis* 1998; 8(2):11-48.
7. Alves-Mazzotti AJ. Revisão bibliográfica. In: Alves-Mazzotti AJ, Gewandszajner F. *O método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira Thomson; 1998. p. 179-188.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa agentes comunitários de saúde (PACS)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
9. Merhy EE, Franco TB. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde em Debate* 2002; 26(60):118-122.
10. Martins CL, Oliveira LSS, Rodrigues MA, Watanaabe HAW, Jacomo YA. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. *Saúde em Debate* 1996; 51:38-43.
11. Giffin K, Shiraiwa T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. *Cad Saúde Pública* 1989; 5(1):24-44.
12. Fernandes JCL. Agentes de saúde em comunidades urbanas. *Cad Saúde Pública* 1992; 8(2):134-139.
13. Favoreto CAO, Camargo Jr KR. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis* 2002; 12(1):59-75.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Programa Saúde da Família; 2000. [Caderno de Atenção Básica 1]
15. Mendonça MHM. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde* 2004; 2(2):353-365.
16. Nogueira RP, Silva F, Ramos Z. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde. [Textos para discussão nº 735]. 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>
17. Nunes M de O, Trad LB, Almeida B de A, Homem CR, Melo MCIC 2002. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(6):1639-1646.
18. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35(3):303-311.
19. Solla JJSP, Medina MG, Dantas MBP. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Saúde em Debate* 1996; 51:4-15.
20. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Rev C S Col* 2002; 7(3):581-589.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
22. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2002; 6(10):75-83.
23. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2002; 6(10):84-87.
24. Nogueira RP. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2002; 6(10):91-93.
25. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(1):197-203.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Treinamento Introdutório*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [Cadernos de Atenção Básica 2]
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Educação Permanente*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [Cadernos de Atenção Básica 3]

Artigo apresentado em 18/07/2005

Aprovado em 06/02/2006

Versão final apresentada em 27/05/2006