



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

França de Barros, Daniela; Barbieri, Ana Rita; Ivo, Maria Lúcia; Graça da Silva, Maria da

O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 78-84

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413596009>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O CONTEXTO DA FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL

Daniela França de Barros¹, Ana Rita Barbieri², Maria Lúcia Ivo³, Maria da Graça da Silva⁴

¹ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília. Distrito Federal, Brasil. E-mail: danifbarros@bol.com.br

² Doutora em Ciências da Saúde. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: anabarbi@terra.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Curso de Enfermagem da UFMS. Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: ivoms@terra.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da UFMS. Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: gracasilva-ms@brturbo.com.br

RESUMO: Este estudo objetivou conhecer e descrever o processo histórico da formação dos agentes comunitários de saúde à luz de análises de textos documentais relativos à formação técnica em saúde. Pesquisa documental realizada em documentos normativos, instrumentais existentes nos registros gerenciais e administrativos no Departamento de Atenção Básica, com levantamento bibliográfico nas bases de dados Medline e LILACS de publicações norteadoras da política de formação no período de 1986 a 2006 e leitura com análise temática. Atendendo às demandas políticas e econômicas, o agente comunitário de saúde tornou-se profissão em 2002. Teve funções ampliadas e, em 2006, havia mais de 200 mil profissionais no país, atuando sob nova regulamentação com a promulgação da Lei Nº 11.350, que revogou a lei anterior. Concluindo, esse profissional tornou-se um importante elemento na promoção de mudanças no modelo assistencial e fortalecimento da atenção básica.

DESCRITORES: Educação profissionalizante. Profissional de saúde. Avaliação educacional.

THE CONTEXT OF THE PROFESSIONAL EDUCATION OF COMMUNITY HEALTH AGENTS IN BRAZIL

ABSTRACT: The purpose of this study was to investigate and describe the historical development of the professional education of community health agents by analyzing documents related to technical education in the health area. Documental investigation of normative and instrumental documents within the managerial and administrative records of the Primary Care Department was carried out with a literature survey in the Medline and Lilacs databases of sources that guided educational policies between 1986 and 2006, as well as theme analysis reading. In response to political and economic demands, the profession of community health agent was established in 2002, with subsequent increases in attributions. In 2006, over 200 000 professionals were active in Brazil with their role regulated by Federal Law 11,350, which superseded previous legislation. In conclusion, community health agents have become an important element in promoting changes to the care model and strengthening primary care services.

DESCRIPTORS: Professional education. Health professionals. Educational measurement.

EL CONTEXTO DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD EN BRASIL

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo identificar y describir el proceso histórico de la formación profesional de los agentes comunitarios de salud, mediante el análisis de documentos relativos a la formación técnica en salud. Es una investigación documental realizada en documentos normativos e instrumentales en los registros administrativos y de gestión del Departamento de Atención Primaria, con investigación bibliográfica en las bases de datos Medline y LILACS, de publicaciones orientadas a la política de formación profesional, en el período de 1986 a 2006, y de lectura con análisis temático. En respuesta a las demandas políticas y económicas, el agente comunitario de salud se convirtió en profesión en 2002. Sus funciones fueron ampliadas, motivo por el cual, en 2006 ya había en Brasil más de 200 mil profesionales trabajando según el nuevo reglamento: la Ley 11.350, que revocó la ley anterior. El agente comunitario se convirtió en un elemento importante para la promoción de cambios en el modelo asistencial y el fortalecimiento de la atención primaria en salud.

DESCRIPTORES: Educación profesional. Profesional de salud. Evaluación educacional.

INTRODUÇÃO

No final da década de 1980, o movimento de reforma sanitária, ao lado de outras forças democráticas, conquistou importantes mudanças nas formas de intervenção estatal sobre as práticas e problemas de saúde. Produziu-se uma reformulação do modelo assistencial vigente, por meio da criação de um sistema sob comando único – o Sistema Único de Saúde (SUS), com as mesmas doutrinas e princípios adotados em todo o país. Tal sistema baseava-se na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social, bem como admitia a participação supletiva do setor privado. Esses princípios doutrinários, legitimados na Constituição de 1988, objetivavam reordenar os serviços e ações, por meio da promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.¹

Nessa proposta de reorganização dos serviços de saúde, a atenção primária corresponde às ações assistenciais de baixa complexidade, mas de alta frequência, que passaram a ser desenvolvidas em unidades básicas, tais como postos ou centros de saúde, considerados, a partir daí, como porta de entrada para um sistema de saúde hierarquizado segundo níveis de complexidade. Esse acontecimento desencadeou uma ampliação significativa da rede de serviços no nível primário, assumidos pelos municípios, o que gerou a necessidade de um incremento na formação de profissionais de saúde.¹

No Brasil, a ampliação dessa discussão em âmbito nacional, foi viabilizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1984 e, nos anos 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei N° 8.080/1990), segundo a qual um dos objetivos e atribuições do SUS é a ordenação da formação dos trabalhadores do setor, com base em metodologias mais reflexivas, voltadas ao aprendizado no próprio exercício profissional.²

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com as secretarias estaduais e municipais, institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), posteriormente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), objetivando reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna, inicialmente no Nordeste do Brasil. Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) em substituição ao modelo tradicional, com a finalidade de apoiar uma prática com ações integrais na atenção básica vinculada à comunidade, ao invés da permanência na unidade de saúde aguardando as demandas e necessidades desta.³

Com a criação do PSF, emergiu a categoria do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para atuar nas unidades básicas e ser o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Esse profissional inicialmente não tinha nem qualificação nem regulação profissional. Dada a importância de sua função no programa e em decorrência de seu papel estratégico no fortalecimento da atenção básica enquanto política pública para a saúde, houve necessidade de capacitar esse profissional. No entanto, somente em 2002 a profissão foi criada em termos de lei, que em 2006 foi revogada para que ajustes pudessem ser feitos. A nova regulamentação ocorreu com a promulgação da Lei N° 11.350.²

Considerando os aspectos mencionados, observa-se que o ACS nasce num contexto sob acúmulo e influências sociais, ideológicas, políticas e técnicas, envolvendo demandas de ordem nacional e internacional. Na agenda brasileira, passa a ser visto como uma estratégia política possível para superar o modelo tradicional, e assinala, assim, perspectivas para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Observa-se hoje que o ACS desempenha papel relevante dentro da Equipe Saúde da Família (ESF), devido a suas atribuições que envolvem o cadastramento e o acompanhamento nas áreas de atenção básica, o que justifica o interesse dos autores em aprofundar-se neste tema.

Este artigo apresenta um estudo documental da história da formação profissionalizante no Brasil, especialmente no contexto da saúde, com uma análise da dinâmica desses processos no âmbito social e econômico, até a criação do Curso Técnico de Formação do Agente Comunitário em Saúde. A pergunta central desta pesquisa é: qual é o contexto histórico da formação dos ACSs no Brasil? Assim, este estudo teve como objetivo conhecer e descrever o processo histórico da formação dos ACSs à luz de análises de textos documentais relativos à formação técnica em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa documental com a finalidade de catalogar os principais documentos normativos, instrumentais e avaliativos existentes nos registros gerenciais e administrativos no Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, além de relatórios, artigos, dissertações e outros estudos publicados na base de dados Medline e LILACS. Esses materiais compuseram o acervo de publicações governamentais e não-governamentais da área da saúde analisados nesta pesquisa, cobrindo o período de 1986 a 2006. Para aprofundar a análise

documental, foi elaborada uma ficha de levantamento bibliográfico para auxiliar na sistematização das leituras. Tais procedimentos auxiliaram a identificar os elementos imbricados em espaços e tempos diferentes da formação profissionalizante no Brasil.

A pesquisa abrangeu revisão bibliográfica de autores que discutiram historicamente a formação profissionalizante no Brasil. Os critérios de inclusão para selecionar as publicações foram: versar sobre formação profissionalizante no Brasil, formação profissionalizante em saúde no Brasil e história do surgimento e formação dos ACS. Foi realizada leitura com análise temática dos documentos norteadores da política de formação do ACS, referenciados pelo MS e pelo Ministério da Educação (MEC), e de todo arcabouço legal relacionado, além das produções científicas.

Vários foram os documentos pesquisados e outras publicações analisados, dentre os quais se destacam:

1997 – Decreto Nº 2.208, de 17 de abril de 1997: regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.⁴

1999 – Decreto Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999: fixa diretrizes para o exercício da atividade de ACS, e dá outras providências.

1999 – Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica. Parecer Nº 16, de 5 de outubro de 1999: Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.

2000 – Educação Profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico - MEC.

1999 – Decreto Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999: fixa diretrizes para o exercício da atividade de ACS e dá outras providências.

2004 – Termo de referência para a execução da formação profissional do agente comunitário de saúde.⁵

1999 – Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica. Parecer Nº 16, de 5 de outubro de 1999: Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.

Após a identificação dos documentos e referências consultados, estes foram organizados por ano de ocorrência dos fatos e por assunto. Os temas identificados obedeceram à cronologia e receberam uma breve classificação para orientar a compreensão: formação profissionalizante no Brasil; formação profissionalizante em saúde no Brasil; história do surgimento e formação dos ACSs. Após

a análise, os dados foram organizados, descritos e contextualizados no tempo e espaço, dentro da estrutura política, social ideológica e cultural do Estado Brasileiro, culminando em uma redação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A formação profissionalizante no Brasil

O ensino profissionalizante não pode ser separado dos movimentos econômicos de cada período. Desde 1809, com a criação do Colégio das Fábricas, a profissionalização teve início e se manteve como concessão governamental às classes sociais pobres.²⁻³ Ao mesmo tempo em que qualificava trabalhadores para as atividades econômicas vigentes, a profissionalização era vista como solução para os problemas sociais, uma vez que se considerava que a instrução moralizava e ocupava o povo.⁷

A partir dos anos 1930, com a aceleração da industrialização, tiveram início as políticas dessa modalidade de educação em escala maior e, na Era Vargas, surgiram ações governamentais voltadas à educação profissional, definidas nas Leis Orgânicas do Ensino Profissional.⁷

No Brasil, a parceria entre governo, sindicatos e empresas desencadeou a criação, em 1942, do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial e, em 1946, do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, com o objetivo de formar os filhos de operários.⁷⁻⁸

Tal como no Brasil, também na Argentina, México e Uruguai, com maior ou menor interferência pública, privada ou de trabalhadores, o ensino profissional e o ensino acadêmico foram historicamente tratados de modos distintos.⁹⁻¹⁰

No campo da saúde, a partir dos anos 1930, época da criação do Ministério do Trabalho, com a industrialização e o aumento da cobertura previdenciária, cresceu a necessidade do mercado por profissionais de saúde, especialmente médicos. Como consequência, verificou-se a ampliação da oferta de cursos de medicina. Na época, devido ao crescimento econômico, a expansão dos cursos de ensino superior ocorreu em toda a América Latina. No entanto, o mesmo não sucedeu com o ensino médio. Técnicos e auxiliares não eram prioridade na agenda de formação e eram absorvidos pelo mercado de trabalho sem qualificação.¹¹

Até a promulgação da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Nº 4.024/61), não era permitida a equivalência entre

o ensino regular e o profissionalizante, coerente com a lógica de que a educação profissional era dirigida sempre aos mais pobres, para que exercessem atividades servis, enquanto o ensino formal destinava-se à elite.¹²

Em 1963, na 3^a Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi discutida a profissionalização de nível médio e apresentada uma proposta de preparação desses trabalhadores. Na 4^a CNS, em 1967, cujo tema central foi "Recursos Humanos para as Atividades de Saúde", propôs-se a formulação de uma política permanente de recursos humanos voltada ao ensino no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho.¹²⁻¹³

Nos anos 1960 e 1970, os investimentos públicos em hospitais privados decorreram do modelo de seguridade social estabelecido. O crescimento de serviços médicos e hospitalares, a ampliação de leitos e o foco nas doenças também aumentaram a compra de serviços médicos pelo Estado, com incremento de leitos hospitalares. Nessa época disparou o número de empregos no setor hospitalar privado.¹⁴

Até os anos 1980 predominava a contratação de pessoal desqualificado para os serviços. Um estudo realizou uma análise da força de trabalho em saúde na década de 1970 e verificou que houve um aumento significativo de pessoas desqualificadas (em especial atendentes) que atuavam nas atividades hospitalares, passando de 32.137 para 85.541 o número desses profissionais sem qualificação.¹¹

A formação profissionalizante em saúde no Brasil

Nos anos 1950 havia a figura dos visitadores sanitários, instituída pelo Serviço Especial de Saúde Pública para desenvolver atividades na Amazônia. Na década de 1970, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste levava serviços básicos à população carente por meio de agentes de saúde. Também a Universidade de Brasília tinha estratégias similares para atuar junto às comunidades.¹⁵

As visitadoras eram treinadas no serviço e na comunidade, e cabia a elas manter e limpar a unidade de saúde, desenvolver atividades educativas junto à população e fazer visitas domiciliares para tratar de problemas de higiene pessoal, saneamento e nutrição, com encaminhamento quando necessário.¹¹

Após a Conferência em Alma-Ata, em 1979, foram desenvolvidos no Brasil alguns projetos e estratégias isolados voltados ao atendimento de in-

divíduos e famílias, incluindo atuações no Vale do Ribeira, em São Paulo; ações da Igreja Católica, em 1983, dirigidas ao atendimento e educação familiar para o cuidado dos filhos; a Casa Amarela, em Recife; e a experiência bem-sucedida do Estado do Ceará, em 1987, que contou com a ajuda de agentes de saúde para combater as doenças da infância nos bolsões periféricos da Grande Fortaleza.¹⁵⁻¹⁶

Tampouco nos hospitais e postos de saúde públicos havia qualquer exigência de formação para o atendente de enfermagem. Somente com a promulgação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, em 1986, fruto de uma longa luta política da enfermagem junto a órgãos centrais como MEC e MS, é que ficou estabelecido o prazo de dez anos para a extinção da categoria.¹³⁻¹⁷

Nos anos 1990, por pressão de organismos internacionais e pela força da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, foram iniciados cursos de formação profissionalizante pelos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CEDRHU) das Secretarias Estaduais de Saúde (SESS). Também em decorrência das determinações legais para o ensino profissionalizante, exigia-se matrícula em escola de ensino médio, fator que dificultou a permanência de muitos profissionais nos cursos. Em seguida, surgiu o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Saúde.¹⁴

Nesse sentido, pode-se afirmar que a década de 1990 registrou uma contradição: no mesmo período ocorreu incorporação dos agentes comunitários sem escolaridade nas políticas de governo, como o PACS, e implantação de programas nacionais de formação com exigência de escolaridade para os profissionais de enfermagem em geral.

Foram criados os Centros de Formação de Recursos Humanos em Saúde e as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, vinculadas às SES, com o intuito de promover a profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços sem a devida qualificação.¹⁸⁻¹⁹ O MS, em 2000, criou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, que foi oferecido para 225 mil trabalhadores cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde.¹⁴

A história do surgimento dos agentes comunitários de saúde

O reconhecimento da interferência positiva do agente comunitário na Pastoral da Criança da Igreja Católica levou o MS a incorporar essa atividade aos serviços de saúde. Assim, foi oficialmente criada a atividade de ACS em um programa

específico, em 1991. Os ACSs não constituíam uma categoria definida, não tinham escolaridade definida e não faziam parte da equipe de saúde, apesar de terem supervisão dos enfermeiros. A finalidade desses profissionais era a de serem educadores permanentes e elos entre os serviços de saúde e a comunidade.¹⁸⁻¹⁹

A década de 1990 foi decisiva para a categoria dos ACSs. Em 1994 foi criado o PSF, com o propósito de reorganizar o modelo de atenção básica no país.¹⁴ Em 1997 foi estabelecida a base legal para a profissão de ACS, com a publicação de um documento normativo contendo suas atribuições básicas. Em 1999 foram definidas as diretrizes para o exercício das atividades. Após 11 anos de atuação, em 2002 foi oficialmente criada a profissão de ACS e, em 2006, foi editada uma medida provisória que regulamentou suas atividades.¹⁹⁻²⁰

A formação dos agentes comunitários de saúde

A Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, estabeleceu as bases nacionais da educação no Brasil: a Lei de Diretrizes e Bases (LDB). Posteriormente, a Resolução Nº 4 do Conselho de Educação, de dezembro de 1999, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico para 20 áreas, entre elas a da saúde, com previsão de cursos de formação com carga horária mínima de 1.200 horas. A resolução definiu competências gerais a serem alcançadas pelos técnicos de saúde em geral, permitindo complementação de currículo pelas escolas formadoras. Assim, para acompanhar as reformulações no setor da educação e para provocar impacto sobre a realidade, o MS definiu as estratégias para formação dos ACSs.²¹

Nesse contexto, os cursos precisariam ser organizados para desenvolver competências de modo a habilitar o profissional para o reconhecimento da realidade social e suas necessidades, tendo como base uma construção compartilhada, estimulando a reflexão do saber, saber ser e saber fazer.²¹⁻²²

Para a operacionalização do SUS são necessárias mudanças significativas no relacionamento entre os trabalhadores de saúde e a população usuária, na organização dos serviços e no perfil de assistência à saúde. Sendo assim, a capacitação de recursos humanos é questão essencial para a política de saúde em seus macro e microníveis.²³⁻²⁴

Em 2003, o MS aprovou a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para

a Educação Permanente em Saúde, apresentada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, com o propósito de capacitar os trabalhadores da saúde. Em 2004, por meio de portaria, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, para viabilizar a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor.²⁵⁻²⁶

Essa nova política deu visibilidade aos recursos humanos na agenda dos gestores e rompeu com a lógica centralizada e descendente da oferta de cursos padronizados, favorecendo transformações como a democratização institucional, o uso de metodologias participativas para discutir a realidade, o enfrentamento criativo das situações de trabalho e o trabalho em equipes matriciais.²⁵ Valendo-se do cenário favorável das políticas públicas, em 2004 foi desenvolvido o curso de Formação do Técnico Agente Comunitário de Saúde. Essa estratégia objetivava investir na adequação da escolaridade e na definição do perfil profissional, favorecendo a autonomia intelectual de forma a incorporar, definitivamente, o ACS no quadro dos trabalhadores da saúde.²⁷

O MS estruturou o curso técnico do ACS em três etapas sequenciais, totalizando carga horária mínima de 1.200 horas, assim distribuídas: Etapa I – 400 horas, sem exigência de escolaridade, com o objetivo de desenvolver o perfil social do Técnico Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS; Etapa II – 600 horas, qualificação profissional de nível técnico, exigindo conclusão do Ensino Fundamental e voltada à promoção da saúde e a prevenção de doenças, dirigida a indivíduos e grupos específicos e às doenças prevalentes; Etapa III – 200 horas, habilitação técnica, exigindo a conclusão do ensino médio e com a finalidade de consolidar os temas da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.

O curso de formação como um todo foi baseado no ensino por competências, conforme recomendações da LDB e da Resolução Nº 04/99 da Câmara de Educação Básica. As competências profissionais do curso reuniam três dimensões do saber que se expressam em habilidades (saber-fazer), conhecimentos (saber-conhecer) e atitudes (saber-ser). Dessa forma, foram contempladas seis competências esperadas do ACS, distribuídas em três eixos estruturantes e integradores de atuação desse profissional. Todo o processo formativo foi pautado na promoção da saúde e prevenção dos agravos e cada competência teria de expressar uma dimensão da realidade de trabalho desse

profissional relacionada às demais competências, favorecendo uma formação abrangente.

Coube às instituições formadoras nos estados a elaboração de suas propostas pedagógicas com informações acerca dos planos de curso, de execução e de capacitação pedagógica para docentes, além de planilha de custos e cronograma de desembolso. Às instituições formadoras foi recomendado que privilegiasssem pedagogias e processos de aprendizagem que permitissem ao ACS, emergido de sua comunidade, o aperfeiçoamento de habilidades e o desenvolvimento de competências que lhe permitissem lidar com a complexidade envolvida nas relações humanas. Isso possibilitaria ao ACS consolidar sua função de vincular os serviços à população.²⁷

Até o início de 2007, somente a etapa formativa I estava aprovada, com financiamento pelo MS. As demais etapas ainda dependiam de aprovação e de garantia de financiamento pelos estados e municípios.²⁸

A etapa formativa I tinha custo de R\$ 750,00 por indivíduo formado. Até 2006, havia 178.383 ACS em formação, com investimento total de R\$ 124.327.230,00. Com exceção do Distrito Federal, Pará e Rio Grande do Sul, todos os estados haviam apresentado projetos e 19 receberam o financiamento (Acre, Alagoas, Amazonas, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Roraima, Santa Catarina, Sergipe, São Paulo e Tocantins).⁵

No mesmo ano, 40.535 ACS já haviam concluído a etapa formativa I e 57.402 se achavam em processo de formação. Era esperado que 66.443 agentes comunitários iniciassem seu processo de formação no primeiro semestre de 2007.²⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No período de 1986 a 2006, a formação dos ACSs não fugiu à regra, ao atender as necessidades políticas e econômicas de cada momento histórico. As mudanças observadas na formação profissional, com investimentos maciços na formação, precisam modificar o mercado de trabalho, que, como cenário de importantes mudanças a partir dos anos 1980 e mais profundamente na década subsequente, apresenta tendências de desregulamentação dos contratos no setor produtivo.

Nos serviços em geral, e em especial no setor saúde, verificou-se uma deterioração das relações de trabalho, quanto aos contratos e vínculos,

sentida nas frágeis contratações desses agentes, no decorrer da expansão da ESF. Há, no entanto, um esforço das políticas públicas para corrigir as distorções e reduzir consequências negativas.

No campo da formação, como aspecto inovador, diferindo dos processos de capacitação anteriormente propostos pelo MS, a proposta de formação dos ACSs permitiu maior participação das Escolas Técnicas do SUS em todo o processo de elaboração do curso e na discussão acerca do profissional que se deseja formar. Tal fato desencadeou grande mobilização de todos os envolvidos, no tocante à participação nas articulações e decisões políticas da formação em saúde.

Sob o ponto de vista da política pública, o MS cumpriu seu papel como formulador e financiador de políticas de formação, uma vez que somente com vontade política e viabilização dos recursos tornou-se possível oferecer formação a mais de 100 mil agentes comunitários em período inferior a três anos. Sabidamente, os esforços em formar e qualificar os ACSs são proporcionais às expectativas de melhorias na qualidade da atenção à saúde da comunidade. Portanto, mostra-se importante o desenvolvimento de estudos que avaliem tais resultados.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF): MS; 1990.
2. Brasil. Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília DF, 20 de setembro de 1990.
3. Campos GWS. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. Cad RH Saúde. 2006 Mar; 3(1):55-60.
4. Ministério da Saúde (BR). Termo de referência para a execução da formação profissional do agente comunitário de saúde. Brasília (DF): MS; 2004.
5. Ministério da Saúde (BR). Relatório da DGES/SGTES. Brasília (DF): MS; 2006.
6. Souza MF, organizador. Os sinais vermelhos do PSF, São Paulo (SP); Hucitec; 2002.
7. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional. Brasília (DF): MEC; 2004.
8. Baptista TWF, organizador. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de

- Saúde e o que esperamos dele. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2005.
- 9. Petitat A. Produção da escola/produção da sociedade. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1994.
 - 10. Sforni MSF. Trabalho e educação no Brasil no final do século XIX: é preciso desenvolver um novo espírito. História & Perspectivas. 1997 Jan-Dec; 16/17:87-101.
 - 11. Pronko MA. Formação profissional: os (des) caminhos da democratização educacional. Boletim do SENAC. 1999 Set-Dec; 25(3):31-40.
 - 12. Ministério da Educação (BR). Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Brasília (DF): MEC; 2000.
 - 13. Pineau P. Sindicatos, Estado y educación técnica (1936-1968). Buenos Aires (AR): CEAL; 1991.
 - 14. Botello RM. La escuela del proletariado. Ensayo histórico sobre la educación técnica industrial en México, 1876-1938. Ciudad del Mexico (MX): Universidad Autónoma de Puebla; 1987.
 - 15. Medici AC. A força de trabalho em saúde no Brasil dos anos 70: percalços e tendências. Rev Adm Pub. 1986 Jul-Set; 20(3):54-69.
 - 16. Brasil. Decreto Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999: fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências [online]; 1999 [acesso 2007 Fev 28]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm
 - 17. Costa PP. Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2006.
 - 18. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2002.
 - 19. Neumann ZA. A experiência de fazer acontecer a saúde entre os excluídos da sociedade. Rev Panam Salud Publica. 2002 Set; 12(3):153-56.
 - 20. Ministério da Saúde (BR). Programa Agente Comunitário de Saúde - PACS. Brasília (DF): MS; 1991.
 - 21. Ministério da Saúde (BR). Saúde da família: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial. Brasília (DF): MS; 1998.
 - 22. Pessanha RV, Cunha FTS. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. Texto Contexto Enferm [online]. 2009 Abr-Jun [acesso 2009 Dez 7]; 18(2):233-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200005&lng=pt
 - 23. Santos I, Souza AA. Formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde: Projeto Larga Escala: uma experiência em construção. Saúde Debate. 1989 Mar; 13(23):55-71.
 - 24. Yunes MAM, Mendes NF, Albuquerque BM. Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. Texto Contexto Enferm [online]. 2005 [acesso 2010 Fev 4]; 14(Esp):24-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500003&lng=pt
 - 25. Ministério da Saúde (BR). Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde. Brasília (DF): MS; 2004.
 - 26. Ministério da Saúde (BR). Política de educação permanente e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Pólos de educação permanente em saúde. Brasília (DF): MS; 2004.
 - 27. Brasil. Decreto Nº 2.208, de 17 de abril de 1997: regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 18 Abr. Seção 1.
 - 28. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica. Parecer Nº 16, de 5 de outubro de 1999: Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico [online]. 1999 [acesso 2006 Mar 26]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtml>