

## QUALIFICAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: INSTRUMENTO DE INCLUSÃO SOCIAL

QUALIFICATION OF COMMUNITY HEALTH AGENTS: AN INSTRUMENT FOR SOCIAL INCLUSION

Marilene Barros de Melo<sup>1</sup>

Luiz Carlos Brant<sup>2</sup>

Lucas Azevedo de Oliveira<sup>3</sup>

Alessandra Patrícia de Souza Santos<sup>4</sup>

**Resumo** A prática do agente comunitário de saúde (ACS) se estabelece como profissão na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2002. Suas atividades contribuem para o diagnóstico demográfico de comunidades; promoção de ações educativas; participação da população nas políticas públicas e visitas domiciliares. A formação é de responsabilidade das escolas técnicas e centros formadores de recursos humanos do SUS. Essa investigação busca identificar, analisar e compreender as transformações operadas na vida dos ACS a partir de sua inserção no Programa de Qualificação e Desenvolvimento Profissional e do seu exercício profissional. Metodologicamente, constituiu-se como estudo qualitativo, utilizando grupo focal. Para análise dos dados, empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo. Constatou-se que o programa favorece a consolidação de políticas de atenção à saúde e contribui para a construção coletiva do conhecimento. O Ministério da Saúde, ao profissionalizar as ações do ACS, legitima um saber favorecedor de sua inserção nos serviços de saúde e aumenta a governabilidade local. Para os ACS, a formação propicia a superação de limites impostos pelas práticas tradicionais e demarca a produção do saber. O ACS se reconhece como um sujeito de ação, e a formação constitui meio de acesso à profissionalização e de mobilidade social.

**Palavras-chave** agentes comunitários de saúde; educação em saúde; SUS; políticas públicas; mobilidade social.

**Abstract** The work of community health agents (CHA) was established as a profession in the sphere of the National Health System (SUS) in 2002. Its activities contribute to the demographic diagnosis of communities, the promotion of educational activities, the participation of the population in public policy, and home visits. Training is the responsibility of technical schools and human resources education centers of the SUS. This research seeks to identify, analyze and understand the changes in the life of the CHA since the agent's insertion in the Qualification and Professional Development Program and of his/her professional practice. Methodologically, this is a qualitative study that uses focus groups. For data analysis, we used the technique of content analysis. It was found that the Program favors the consolidation of attention to health policies and contributes to the collective construction of knowledge. The Ministry of Health, by professionalizing the practice of the CHA, legitimizes the CHA's knowledge supporting their inclusion in health services and increasing the local governance. For the CHA, training contributes to the overcoming of limits imposed by traditional practices and marks the production of knowledge. The ACS recognizes itself as a subject of action, and that training is a means of access to professionalization and social mobility.

**Keywords** community health agents; health education; SUS; public policies; social mobility.

## Introdução

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) ocorreu em 1991 como parte do processo de reforma do setor saúde, tendo por intenção contemplar a prevenção, a promoção da saúde e a ampliação do acesso ao sistema de saúde. Esse programa, apesar de conter a conotação de uma estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família (PSF), consolidou-se como elemento de articulação entre serviços de saúde, comunidades e os diversos saberes que mediam essa relação.

O Ministério da Saúde, em 1997, ao reconhecer a importância do Pacs e do PSF, como redirecionamentos das assistência ambulatorial e domiciliar para a consolidação do SUS, publica a portaria federal n.º 1886/1997 (Brasil, 1997), regulamentando as diretrizes desses programas e aprovando suas formas de implantação e operacionalização. As orientações específicas para o exercício profissional dos ACS foram explicitadas pelo decreto n.º 3189/1999 (Brasil, 1999). Entretanto, somente em 2002, cria-se a profissão de agente comunitário de saúde (Brasil, 2002), a partir da lei n.º 10507/2002, que estabelece o seu exercício apenas no âmbito do SUS.

Como função, cabe ao ACS usar instrumentos para diagnóstico demográfico da comunidade; promover ações de educação para a saúde; registrar dados para fins de controle e planejamento; estimular a participação da comunidade nas políticas de saúde; realizar visitas domiciliares periódicas; e participar de ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como uma política nacional de atenção básica, constituindo assim uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas de assistência, promoção da saúde, prevenção e reabilitação. Dessa forma, reafirma os princípios doutrinários do SUS: equidade, integralidade e universalidade; e os princípios organizativos: descentralização, regionalização e hierarquização, participação e controle social. Logo, o atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), ou no domicílio, passa a ser efetuado pela Equipe de Saúde da Família, composta, em geral, por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, visando à criação de vínculos de co-responsabilização – elementos facilitadores de processos identitários e do atendimento às demandas de saúde da comunidade.

Para fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor saúde às demandas da população, o Ministério da Saúde passou a investir na política de educação profissional, articulando estratégias que envolvem o aumento da escolaridade, a profissionalização e a educação permanente dos trabalhadores. No caso do ACS, considerou a sua importância para as mudanças das práticas em saúde e o papel social junto às comunidades. Nessa perspectiva, o

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES), através de sua Secretaria de Gestão de Trabalho e Saúde, SGTES/MS, propôs a realização de cursos de formação profissional para os ACS.

A partir de 2004 (Brasil, 2004), iniciou-se a qualificação de 182.750 ACS em todo o país. O Pacs foi desencadeado em momentos diferentes em cada Estado e envolveu, gradualmente, as três esferas de gestão do SUS. Esse programa nos Estados fica sob a responsabilidade das escolas técnicas e centros formadores de recursos humanos do SUS.

O presente artigo busca identificar, analisar e compreender as implicações na vida pessoal e laboral dos participantes do programa de qualificação e desenvolvimento profissional para ACS, preconizado pelo Ministério da Saúde. Entendemos esse programa como um verdadeiro mecanismo de inclusão social na perspectiva da acessibilidade e mobilidade social no âmbito da comunidade residente na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde à qual o ACS está vinculado.

Para tal, buscou-se o referencial teórico no âmbito da sociologia, bem como o estabelecimento de uma metodologia adequada aos nossos propósitos. O aporte teórico fundamentou-se nos estudos que abordam o fenômeno inclusão social circunscrito à mobilidade e acessibilidade social. Metodologicamente, situou-se na perspectiva das pesquisas qualitativas.

A categoria representação social é caracterizada como um conjunto de imagens, ideias e percepções dos diversos atores em relação a um determinado tema. Trata-se de conceito fundamental para a construção da realidade social, pois permite maior compreensão do modo como os sujeitos constroem essa realidade, e a partir dela se orientam. Por ser um produto de natureza coletiva, deve-se considerar sua dependência multifatorial (Herzlich, 1984; Herzlich, 1987; Minayo *et al.*, 1999; Lefèvre, 2000; Santos, 2000; Melo, 2005).

A importância desse objeto de investigação se faz devido à escassez de estudos contemplando a avaliação de programas de formação do ACS e da identificação acerca das transformações operadas na vida desses trabalhadores a partir de sua prática nas comunidades e nas Unidades Básicas de Saúde. Tem-se como hipótese que esse estudo desvelaria a existência de uma prática pedagógica dinâmica cunhada a partir de intercâmbios de saberes populares, de questionamentos formulados pelos próprios alunos acerca das experiências cotidianas e que o Pacs possibilitaria o fortalecimento da inclusão social na perspectiva de mobilidade e acessibilidade social.

## **Materiais e métodos**

A pesquisa<sup>5</sup> foi realizada em uma escola de saúde que, ao longo de sua história, vem desenvolvendo trabalhos de pesquisa e capacitação na área da

saúde pública com o objetivo de formação de recursos humanos para o SUS. Em 2005, essa escola adotou o programa de qualificação e desenvolvimento profissional para ACS, preconizado pelo Ministério da Saúde. A expectativa era a de que os participantes pudessem desenvolver ações de integração social, promoção da saúde e prevenção de agravos na família e na comunidade por meio de processos educativos. Nessa perspectiva, a escola investigada, em 2006, capacitou 6.400 ACS em diferentes municípios. Para a capital, onde se localiza essa escola, a meta prevista para 2007 era de 1.200.

Foi com base nesse contingente que escolhemos essa escola como *locus* para a investigação das implicações na vida pessoal, laboral e comunitária dos agentes a partir da inserção no programa de qualificação e desenvolvimento profissional para ACS. Nessa perspectiva, consideramos o ACS como sujeito central da pesquisa, cujo referencial teórico adotado foi a categoria da representação social.

O presente trabalho constituiu-se como um estudo transversal de natureza qualitativa. A opção por essa estratégia está relacionada com a escolha de uma abordagem mais adequada para se investigar a representação social. Busca-se, assim, uma aproximação da realidade, a partir da compreensão dos significados e definições da situação tal como os pesquisados nos apresentam. A categoria representação social permite identificar o que é importante estudar em um determinado contexto cultural, selecionar variáveis pertinentes e formular hipóteses adequadas a esse contexto.

A opção pelo grupo focal baseou-se nessa diversidade de atores, entendendo-os como elementos capazes de propiciar reflexões expressas através da 'fala em debate'. Foram realizados grupos com a totalidade dos professores e dos coordenadores do programa, 15 ACS egressos da turma que concluiu o módulo I do programa no primeiro semestre de 2008, moradores adscritos à área de atuação de cada um desses ACS. A seleção dos ACS constituiu-se de forma aleatória. Quanto ao número de moradores, para cada ACS foram selecionados três integrantes da comunidade – um líder, um usuário do SUS e um membro da família do ACS.

Os grupos foram agendados previamente de acordo com a conveniência dos integrantes, em horário e local predeterminados. Os encontros foram gravados, tendo a participação de um coordenador e um observador. A escolha pelo grupo focal se constituiu como possibilidade de entender essa realidade a partir de vários pontos de vista, respeitando a posição dos diversos atores e suas explicações. A partir dele, buscou-se instaurar reflexões acerca dos conceitos, impressões e concepções relativos a algumas circunstâncias que envolvem a prática do ACS (Krueger, 1994).

Para a análise dos dados coletados, empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), construída como conjunto de operações lógicas que visa à compreensão da realidade por meio da linguagem. Dessa forma,

procurou-se apreender a especificidade do curso a partir do 'olhar' dos diversos sujeitos envolvidos.

## **Discussão**

A partir da análise das percepções, imagens e ideias acerca do programa de qualificação, sob a ótica dos sujeitos pesquisados, apreendeu-se que são diversas as transformações operadas. A síntese dos enunciados possibilitou o estabelecimento de duas categorias, que foram construídas a partir do trabalho de campo, apreendidas através de especificidades e particularidades. São elas: o fortalecimento da inclusão social e mecanismo de legitimação do saber; e o 'empoderamento' e profissionalização.

Cabe ressaltar que tais categorias resultam dos valores construídos pelos atores no bojo da sua realidade. Devido a essa situação, a opção pelo referencial da representação social exigiu cuidados no sentido de ultrapassar alguns limites que ele apresenta, tais como: dificuldades para entender a complexidade do processo e a impossibilidade de captar a sua totalidade; e a particularidade do 'poder interpretativo' dos pesquisadores e dos sujeitos pesquisados. Neste sentido, apesar de reconhecer a existência de limites, buscou-se respeitar a diversidade de fatores que envolvem o contexto estudado, compreendendo a estrutura e a função da organização coletiva e o nível de conhecimento dos componentes desse coletivo. Essa precaução teve a intenção de não excluir exatamente aquilo que seria significativo para este estudo (Foucault, 1999; Santos, 2000).

Para trabalhar as duas categorias, entendeu-se que haveria a necessidade de seguir uma sequência lógica, no sentido de facilitar a compreensão das relações entre elas. Estruturou-se a sequência mediante a concepção de que o curso é uma instância de legitimação de saber e 'empoderamento' do ACS, desempenhando um papel fundamental na forma como ele vai construir o exercício profissional, aprimorando-o e valorizando-o, consolidando assim a sua profissionalização. Demarcou-se também a posição como trabalhador do campo da saúde, para fortalecer o seu processo de inclusão social, que, de alguma maneira, privilegia a abertura de novas perspectivas de vida.

## **Mecanismo de legitimação do saber, 'empoderamento' e profissionalização**

Um dos requisitos para o exercício da função de ACS é residir na área de atuação. Esta parece constituir uma estratégia válida, como pode ser constatado no seguinte depoimento de um ACS: "Eles me recebiam e atendiam muito bem e até hoje continuam, por eu ser da comunidade local, eu tenho bom relacionamento." A construção dos vínculos de um ACS com as pessoas da

localidade parece facilitada pelo fato de ele ser um membro da comunidade. Entretanto, a situação em si não parece suficiente. Há uma dimensão temporal marcando a existência de uma construção histórica e de um elemento surpresa evidenciado pela expressão 'até hoje'. Essa surpresa revela que, no imaginário do ACS, o bom atendimento teria uma breve existência. Quais situações contribuíram para que a realidade se apresentasse diferente daquilo que foi pensado pelo ACS?

O programa de qualificação para o ACS tem como metas não apenas consolidar a política de atenção à saúde vigente no Brasil, mas contribuir para a construção de um saber – mola-mestra para a mudança histórica e cultural nas práticas em saúde. O Ministério da Saúde, ao profissionalizar a ação do ACS, assume a responsabilidade de legitimá-la a partir de um saber específico e favorecer a inserção do ACS, aumentando assim a sua governabilidade local. É o que demonstra uma de nossas entrevistadas: “Só que, com o curso, eu acho, eu só sei que a população tá olhando para nós um pouco, acreditando verdadeiramente no que a gente faz.”

Esse depoimento nos ajuda a responder a pergunta anterior. Como detentor de um saber empírico pouco valorizado socialmente, o ACS tinha pequena expectativa acerca da longevidade da sua prática. A participação no curso produziu modificações à medida que legitima esse saber como conhecimento oficial, parte de uma política de governo. Dessa maneira, o ACS deixa de ter baixa visibilidade no interior da comunidade e passa a destacar-se como sujeito detentor de práticas reconhecidas socialmente, que o fazem crescer como cidadão capaz de oferecer relevantes serviços para a população local. Ainda que, visto como 'pouco' pelo entrevistado, constatamos que o novo *status* obtido possibilitava a aquisição de 'empoderamento' – controle maior de um número de variáveis no interior da comunidade, através do exercício profissional como ACS.

Essa profissionalização traz à luz saberes adquiridos no seio da família e da população local que, somado ao conhecimento formal, favorece a adesão dos usuários às ações e serviços de saúde. Essa perspectiva vai ao encontro da concepção de um saber que estabelece uma relação de mão dupla com a ação.

A prática, para se configurar como *práxis*, exige uma elaboração crítica, alimentando e retroalimentando permanentemente o pensamento e a ação. O respeito a essa dinâmica é fundamental devido às revoluções científicas e tecnológicas que estimulam processos contínuos de transformação. O saber cotidiano, aliado ao conhecimento formal, orienta a ação do ACS e lança as bases contextuais para uma formação personalizada. Isso faz do ACS, sujeito da ação transformadora, como pode ser constatado na seguinte fala extraída de uma entrevista: “Antes, era trabalho mecânico. Hoje, a gente já sabe o que vai planejar e executar.”

A inclusão de um saber originário da própria comunidade no conteúdo programático da formação para ACS constituiu uma situação favorável para

que ele se constituísse como autoridade. Para Weber (1999), o saber está relacionado com o conhecimento prático e institui a figura da autoridade que se estabelece como poder legitimado capaz de induzir a aceitação de ordens. A legitimidade seria a possibilidade de aceitar o exercício desse poder, e a autoridade, nessa relação, o poder considerado legítimo. Orientação adotada pelo Ministério da Saúde, que, ao delinear as diretrizes para o programa de qualificação do ACS, parece associar o saber e o poder às duas faces de uma mesma moeda. Fato que fortalece o processo de profissionalização, o qual Freidson (1988) relaciona a diversos fatores, firmando: quanto maior a cientificidade da base do conhecimento de determinada profissão, mais favoráveis serão as condições para a profissionalização.

A definição de profissão ajuda a entender a base da ação profissional do ACS e o próprio curso de qualificação. Parsons (*apud* Machado, 1996) define profissão como 'sistemas de solidariedade' baseados em conhecimentos específicos transmitidos por escolas habilitadas para esse fim. Esses sistemas compõem-se de trabalhadores, com formação em determinado campo do conhecimento, o que lhes conferem autoridade e poder para aplicá-lo.

Portanto, o curso ministrado pela escola investigada assegura a preservação de alguns atributos necessários a uma profissão como a base de conhecimento e treinamento sistematizado, socializado e universalizado. Trata-se de uma 'cultura profissional' expressando as concepções e práticas que modelam um grupo profissional e a estruturação dos serviços voltada para a instância coletiva (Machado, 1996; Starr, 1991).

Foi salientado por alguns sujeitos da pesquisa a existência de uma competição nas equipes do PSF, que gerava conflitos à medida que cada trabalhador se sentia no direito de ingressar num programa de qualificação, acreditando que a prioridade pertencia à sua categoria profissional devido ao *status* que ela porta entre as demais. Essa situação fica bem evidente no depoimento de um ACS: "O auxiliar de enfermagem é o que mais reage à nossa formação; fala que eles estão mais tempo no trabalho do que a gente, além de ser mais importante na assistência do que nós, o que de certa forma intimida em muito as nossas ações." Evidencia-se um jogo de poder, ainda que existisse um processo de legitimação do saber. Na visão de Starr (1991), esse jogo assegura, além de um controle do exercício profissional, monopólios e privilégios, delimitando a competência profissional. Para ultrapassar barreiras como essas, acordos consensuais durante a formação eram firmados como fruto do reconhecimento do saber construídos pelos ACS no curso. Fato que assegurava a união da equipe de ACS, apesar dos confrontos no interior da equipe de PSF. De modo geral, as equipes reconheciam esses conflitos como originários da diversidade de saberes e dos diferentes níveis de informação entre os ACS, que até recentemente não tinham um processo de capacitação regulamentado. Entendiam também que essa falta de formação comprometia o bom andamento da equipe.

As transformações que a qualificação proporcionava às práticas de atenção desempenhada pelos ACS colaboravam para evidenciar a existência de uma autoridade profissional construída coletivamente. Cada integrante da equipe tinha, a partir de sua categoria, a especificidade de um saber socialmente valorizado. Situação que facilitava a organização profissional em grupos específicos, formado com base no conhecimento de cada um e no conteúdo programático do curso. O resultado era uma prática orientada de acordo com a concepção do processo saúde-doença-cuidado da comunidade. Esse reconhecimento obtido pelos ACS estava relacionado, portanto, com as transformações operadas no processo de atenção à saúde no âmbito das UBS.

No conjunto dos depoimentos, de modo geral, os usuários têm avaliado o processo de formação da seguinte maneira: “Sei que os agentes comunitários fazem cursos. Eles vão lá para capacitar. Quanto mais conhecimento, melhor. Isso vai nos ajudar mais no dia-a-dia... com informações e coisas melhores para a gente.” Dessa forma, o usuário atribuía valor à formação, reconhecia esse saber e criava relações de proporcionalidade saber/poder, contribuindo para a legitimação da autoridade do ACS. Verificava-se, assim, na comunidade maior receptividade em relação às ações do ACS, que deixava de ser ‘o abelhudo’, conforme expressão de um entrevistado.

A nova percepção do trabalho do ACS parece ser originária da mudança de posição dele, após a inserção no programa, assumindo o lugar de agente transformador das condições que envolvem o processo saúde-doença-cuidado. Com a mudança, a escuta tornou-se privilegiada e a inserção de novas abordagens nas práticas de saúde foram bem acolhidas pelos usuários.

Os docentes, tanto de concentração como de dispersão, consideram que o valor propiciado pela formação foi pertinente, melhorando o desempenho profissional do ACS: “Eu agora percebo nas turmas uma maior autonomia em relação ao conteúdo e estão entendendo a importância dos cuidados em saúde. Fazem reflexão sobre a prática e críticas ao modelo de atenção baseado apenas na cura. Incômodos que eles sentem no cotidiano.”

Para esse docente, as abordagens têm consistência, sustentando-se na preservação da integralidade da atenção e do cuidado em saúde. Ele demarca ainda a existência de um atendimento integral associado às ações assistenciais aliadas ao cuidado. A importância da construção da autonomia também é reforçada por outro professor: “Algumas pessoas da comunidade parabenizaram os ACS que estão com maior autonomia e mais resolutividade. Não ficando naquela situação subserviente e paternalista.”

Essa autonomia resulta de um poder legitimado capaz de levar a aceitação dos ACS diferentemente do que acontecia antes da inserção no programa, quando não eram entendidos como sujeitos da ação, mas apenas submetidos à ordem vigente. Atualmente, trabalha-se com princípios como o vínculo e a co-responsabilização, ambos discutidos junto aos usuários. Assim, a

construção do processo saúde-doença-cuidado vem assumindo formas cada vez mais coletivas.

Na visão dos ACS, a formação tem apontado outra direção no fazer em saúde, pois tem propiciado a superação de limites impostos pelas práticas tradicionais. A formação é destacada também por Paim e Almeida Filho (2000) como a abertura de horizonte para novos sujeitos sociais. Com base na capacitação consegue-se abranger a complexidade do campo da saúde, criando condições para colocar em prática os princípios básicos como equidade, universalidade e integralidade. Facilita ainda o estabelecimento de vínculos com os usuários, tornando-os parceiros e cidadãos. Tudo isso implica em uma co-responsabilização, capaz de vislumbrar políticas públicas saudáveis e não apenas a utilização de tecnologias duras para a cura das doenças, conforme explicitado por uma ACS: “Entrávamos nas casas como abelhudos (...) procurando se havia doença para encaminharmos os doentes. Agora, a nossa ação se baseia também na prevenção.” Na percepção da entrevistada, a abordagem deixou de ser centrada na doença e passou a privilegiar a utilização de tecnologias leves. Essa mudança transformou também a prática do acolhimento. Segundo uma ACS, após o programa, os agentes passam a trabalhar com uma concepção ampliada do processo saúde-doença: “Quando a gente procurava o usuário antes do curso, procurávamos uma queixa e não a pessoa (...) Não se fazia nenhum acolhimento. Com isso, não conseguíamos enxergar a demanda. Após o curso, nossa escuta ficou boa, passamos a acolhê-lo.”

Ampliar a capacidade de escutar o paciente tornou-se uma maneira de viabilizar uma melhor interlocução, intervenções e encaminhamentos realmente necessários. E, conseqüentemente, houve melhor resolutividade e o serviço tornou-se mais efetivo. Outra fala evidencia essa melhoria: “Mais pessoas são atendidas, diminuiu bastante o fluxo no centro de saúde.” O que parece cumprir uma dos objetivos do Pacs: ampliar o acesso ao sistema de saúde.

Sintetizando alguns desses depoimentos, observamos que a principal implicação do programa de qualificação da escola investigada foi o reconhecimento da autoridade do ACS como profissional da saúde, dotando-lhe de autonomia, o que ressaltou uma re-estruturação dos serviços voltada para a instância coletiva. De acordo com Larson (1980), o grau de autonomia técnica é proporcional ao corpo de conhecimento consolidado e reconhecido que determinada profissão tem.

Os docentes relataram ainda que um dos maiores desafios nas primeiras turmas do curso foi a heterogeneidade dos grupos: “A diferença cultural entre eles e do nível de escolaridade é muito grande”, afirma um entrevistado. A baixa escolaridade dos alunos fica constatada quando se evidencia que, na turma pesquisada, 22% deles ainda estão em fase de conclusão do ensino fundamental.

### **Inclusão social e a abertura de novas perspectivas de vida**

Os mais elevados níveis profissionais exigem um corpo de conhecimento consistente e compatível com as exigências do mercado de trabalho. Para Larson (1977), este processo implica a confirmação de um 'status especial' para determinada ocupação capaz de levar a um processo coletivo de mobilidade social ascendente. Nessa perspectiva, um entrevistado, referindo-se à formação, revela que "acabei conquistando novos espaços, novas possibilidades e fui me profissionalizando, ficando cada vez mais profissional". A profissionalização desse ACS demarca não apenas a produção do conhecimento e seu papel social junto às comunidades, mas também a construção de um novo lugar social, mais relevante e comprometido com a superação das desigualdades.

No campo da saúde, cada prestação de serviço constitui uma nova prática. Nesse âmbito, a tensão se revela pela incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger a saúde requerida pelos diferentes extratos sociais. Isso pode ser percebido pela atual transição epidemiológica marcada pelo desafio da equidade e da necessidade de contenção de custos. Nesse quadro, verifica-se ainda a urgência de reorientação da atenção, ampliando a promoção e articulando-a com as ações de cura e reabilitação, buscando a utilização mais racional da tecnologia e dos diferentes equipamentos de saúde.

Autores como Tissi (2000) e Demo (2002) asseguram que, no plano da sociabilidade – integração/desintegração moral e social –, a inserção no trabalho promove a ampliação das relações sociais, pessoais ou comerciais, sejam boas ou ruins, fazendo oposição ao isolamento das condições materiais que favorecem a independência de terceiros para a sobrevivência e o estabelecimento de vínculos sociais.

A possibilidade de se manifestar na equipe foi a dimensão mais significativa para um dos entrevistados: "Eu não tinha voz na equipe. A partir do curso, na terceira unidade, eu já estava tendo voz e isso fez diferença para toda a equipe." Expressar-se livremente numa turma é tornar-se sujeito de uma ação transformadora não apenas individual. O efeito transcende a individualidade, atingindo o coletivo e abrindo possibilidades de manifestação para outros colegas.

A pesquisa revelou ainda a existência da relação trabalhador-processo de trabalho-comunidade. Nessa perspectiva, o profissional se reconhecia como um sujeito da ação, gerando transformações efetivas e resolutivas nos serviços de saúde locais e, conseqüentemente, para a totalidade do campo.

Castel (1994) descreve a inclusão social como uma instância vinculada ao trabalho. Realça também que a inserção social exige muito mais do que assistência, sobretudo inserção laboral e supremacia da cidadania. Para alguns pesquisados, a própria inserção do ACS em um ambiente laboral já se con-

figurava uma forma de mobilidade e acessibilidade social. No entanto, a participação no programa de qualificação se caracterizou, segundo a percepção de um docente, pelo fortalecimento da inclusão social nas perspectivas acima apontadas. Para outro ACS: “Eu não falava na turma e a partir do curso comecei a *sacar* que estava tendo voz na equipe e que isso estava mudando as coisas.” Tal depoimento demonstra a inserção do ACS em circuitos de ‘trocas sociais’ cujo resultado é a integração no trabalho como forma de inclusão social.

Na visão de um docente, “o curso aumentou, com certeza, a rede social de relações dos ACS”. Dessa forma, ele assinala o fortalecimento da inclusão social no âmbito das relações sociais. Aproxima-se do que Castel (1994) situa como inclusão social, referindo-se à integração do trabalho e a inserção comunitária. A relação integração do trabalho/inserção relacional conforma três zonas na esfera do espaço social: zona de integração, zona de vulnerabilidade e zona de exclusão. Na primeira, as redes relacionais são mais concretas e há garantia de trabalho permanente. Na segunda, as redes se constituem de forma fragilizada e o trabalho é permeado pela precariedade. A terceira se caracteriza pelo isolamento social e ausência de trabalho. Diante do exposto pelos docentes, pelos usuários e ACS, podemos evidenciar que o modelo de inclusão desses agentes corresponde à zona de integração.

A integração se fazia também através da não submissão dos ACS às vontades dos usuários. A participação destes nas oficinas realizadas nas UBS possibilitou a uma fração da comunidade conhecer a complexidade da missão do agente, bem como abriu espaços para que os diversos sujeitos se posicionassem, fortalecendo o princípio da co-responsabilização e da gestão das próprias vidas (Sposati, 1996).

A nova posição que os ACS passaram a ocupar na comunidade e na família foi pontuada pelos ACS, docentes e usuários. Um ACS lembrou o comentário de um amigo que ouvira recentemente acerca de sua pessoa, afirmando que ficou satisfeito com a opinião: “Ele agora é chique. É técnico e tem uma profissão.” Já no depoimento de outro usuário: “Com minha mãe, a comunicação entre nós e com os vizinhos ficou diferente, melhorou, mesmo dentro de casa.” Para um docente: “Tem uma ACS que voltou a estudar e quer prestar vestibular.” Esse reconhecimento das transformações promovidas em relação à vida e suas perspectivas demonstra que o programa gerou oportunidades e resgatou a dignidade de alguns dos ACS anteriormente inseridos no mercado informal e sem garantias trabalhistas. Portanto, o programa vem contribuindo para a construção de projetos pessoais de ascensão social mais consistentes.

De acordo com a observação de alguns professores, a disponibilização do laboratório de informática da escola para os ACS despertou grande interesse por essa tecnologia, levando alguns a procurar cursos técnicos na área, além

de ter ampliado os horizontes relacionais, como se pode notar: “(...) teve a inclusão digital também. A escola disponibilizou computadores para eles utilizarem em trabalhos do curso. Eles correram pra ver internet. Ver como é que aquilo funciona.” Mais uma vez, o programa cumpriu uma função social, introduzindo os ACS nas novas tecnologias e abrindo espaço para que eles pudessem se aliar ao dinamismo que elas proporcionam. Isso significa, também, o acesso a uma nova relação com o saber, pois alguns agentes, diante dessa experiência, buscaram dominar melhor o computador, inscrevendo-se em cursos de informática mais avançados.

### **Considerações finais**

O emprego de métodos qualitativos demonstrou ser adequado para a apreensão do conjunto de imagens, percepções e ideias dos ACS acerca do seu ‘universo social’, seus significados e experiências.

O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do ACS, no entendimento dos atores pesquisados, possui conteúdo programático e metodologia de ensino capazes de estabelecerem uma relação de mão dupla entre as práticas em saúde e as concepções teóricas que o sustenta. Consideram ainda que essa formação constitui um importante instrumento para acesso à profissão e para o aumento de oportunidades no mercado de trabalho. Dessa forma, a profissionalização torna-se um meio para que os indivíduos possam conquistar o direito de exercer uma determinada atividade produtiva, obter controle sobre o seu exercício, abrindo possibilidades de mobilidade social no interior do sistema. Portanto, a política de educação profissional na qual se insere o programa demarca a indissociabilidade entre trabalho, serviços de saúde e produção de saber.

Quanto às dificuldades encontradas nesse processo investigativo, deparamo-nos com os limites da interpretação, particularmente quando se busca um conhecimento prudente, construído e reconstruído permanentemente, com avaliações constantes. Concluímos que os resultados encontrados reforçaram a necessidade de ampliar a pesquisa e foram além do aspecto da inclusão social, identificando as mudanças na realidade das famílias e UBS relacionadas às atividades do ACS. Entre elas, as mudanças relacionadas aos indicadores de cobertura como número de internações hospitalares, cobertura de consultas de pré-natal e cobertura vacinal. Ressaltamos também as transformações no que tange aos indicadores de morbidade, elevada vulnerabilidade como taxa de incidência de doenças transmissíveis como dengue, proporção de baixo peso e taxa de prevalência de hipertensão.

Salientamos ainda que o eixo central deste estudo coloca em foco os sujeitos da pesquisa, ou seja, os ACS, docentes, usuários e gerentes que inte-

gram o grupo dos atores envolvidos nesse programa e nas UBS. Esses indivíduos se caracterizam por uma concretude balizada pelas suas convicções, sofrimentos e contradições. Torna-se, então, fundamental entender que esses sujeitos podem expressar através da linguagem o que a estrutura dos espaços de formação e do trabalho os convida (ou mesmo impõe) a pensar e expressar. Assim, é possível inferir que a prática social deles possa estar relacionada com a realidade social na qual se inserem. Realidade social que pode, de certa forma, impedir o sujeito de exercer o seu poder, ao ter a sua prática social condicionada ao poder que os outros exercem sobre ele. Esse programa tem, então, a responsabilidade social e política de conferir consistência às ações educativas e aos serviços de saúde, entendendo-os como uma responsabilidade coletiva.

## Notas

<sup>1</sup> Pesquisadora da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Doutora em Ciências da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). <marilene.melo@esp.mg.gov.br> Correspondência: Avenida Augusto de Lima, 2061, sala 210, Barro Preto, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, CEP 30190-002.

<sup>2</sup> Pesquisador da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Doutor em Ciências da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). <interfaz@interfaz.com.br>

<sup>3</sup> Coordenador executivo de pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Mestrando em Odontologia pelo Centro de Pós-Graduação São Leopoldo Mandic. <lucasazeveira@yahoo.com.br>

<sup>4</sup> *Trainee* em pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). <alessandra.santos@esp.mg.gov.br>

<sup>5</sup> Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Estudos Odontológicos do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (CEOIPSEMG), sob o parecer nº 008/2008. Não há conflitos de interesse. A pesquisa foi financiada pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

## Referências

- BARDIN, Lawrence. *Análise de Conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.
- BRASIL. Portaria federal n.º 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 18 de dez. 1997. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf)>. Acesso em: 11 fev. 2009.
- \_\_\_\_\_. Decreto n.º 3189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. Brasília, DF, 4 out. 1999. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3189.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm)>. Acesso em: 15 fev. 2009.
- \_\_\_\_\_. Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2002. Disponível em: <[www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2002/10507.htm](http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2002/10507.htm)>. Acesso em: 23 fev. 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Proposta de formação do agente comunitário de saúde: habilitação profissional técnica – versão preliminar*. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 12 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Qualificação de agentes comunitários*: Ministério da Saúde, estados e municípios vão qualificar agentes comunitários de saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=18404\(qualificacao2004\)](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=18404(qualificacao2004))>. Acesso em: 15 dez. 2007.
- CASTEL, Robert. Da indigência à exclusão, a desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (org.). *Saúde e loucura*, 4. São Paulo, Hucitec, 1994. 193 p.
- COSTA, Jurandir Freire. *A inocência e o vício: estudos sobre o homoerotismo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. 195 p.
- DA MATTA, Roberto (1987). Cidadania: a questão da cidadania num universo relacional. In: \_\_\_\_\_. *A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1987, 177 p.
- DEMO, Pedro. *Charme da exclusão social*. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2002. 132 p.
- ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS (ESP/MG). *Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Módulo I: formação inicial do agente comunitário de saúde para a prefeitura de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2007. 376 p.
- FREIDSON, Eliot. *Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política*. Tradução de Celso Mauro Paciornik. São Paulo, Edusp, Coleção Clássicos, n.º 12, 1988. 280 p.
- HERZLICH, Claudine. *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris: Editions EHESC, 1984. 210 p.
- HERZLICH, Claudine; PIERRET J. *Illness and self in society*. Baltimore: Ed. Johns Hopkins University Press, 1987. 272 p.
- KRUEGER, Richard. *Focus group: a practical guide for applied research*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage-USA, 1994. 255 p.
- ESTABEL, Lizandra Brasil; MORO, Eliane Lourdes Silva; SANTAROSA, Lucila Maria Costi. A inclusão social e digital de pessoas com limitação visual e o uso das tecnologias de informação e de comunicação na produção de páginas para a internet. *Ciência da Informação*, 2006, v. 35, n. 1, p. 94-101.
- FOUCAULT, Michel. *As palavras e as coisas*. Tradução de Selma Tannus Muchail. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 541 p.

- LARSON, Magali Sarfatti. *The rise of professionalism*. Berkeley-Ca: University of California, 1977. 309 p.
- \_\_\_\_\_. *Proletarianization and educated labor*. *Theory and Society*, 9, p. 131-175, 1980. 301p.
- LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira. (Orgs.). *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Educ, 2000. 138 p.
- LÉVY, Pierre. *Cibercultura*. São Paulo: Editora 34, 1999. 260p.
- MACHADO, Ana Flávia; RIBAS, Rafael Perez; PENIDO, Mariângela. Mobilidade entre estados de pobreza e inserção no mercado de trabalho: uma análise para o Brasil metropolitano em 2004. *Economia Aplicada*, 2007, v. 11, n. 2, p. 253-279.
- MACHADO, Maria Helena. *Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão*. 1996. 245 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.
- MARTINS, José Souza. *Exclusão social e a nova desigualdade*. Paulus, 1997.
- MELO, Marilene Barros. Saúde coletiva e pós-graduação em Odontologia. *RBPG Revista Brasileira de Pós-Graduação*, Brasília, DF, 2005. v. 2, n. 3, p. 55-74.
- MERHY, Emerson. Em busca do tempo perdido – a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112. Capítulo 2.
- MINAYO, Maria Cecília Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. 269 p.
- MINAYO, Maria Cecília Souza et al. *Fala, galera: juventude, violência e cidadania*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. 240 p.
- MOORE, Wilbert. *The professions: roles and rules*. New York: Russell Sage Foundation, 1970. 330 p.
- PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. 125 p.
- PICANÇO, Felícia. O Brasil que sobe e desce: uma análise da mobilidade sócio-ocupacional e realização de êxito no mercado de trabalho urbano. *Dados*, 2007, v. 50, n. 2, p. 393-433.
- SANTOS, Boaventura Souza. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. v. 1. 415 p.
- SPOSATI, Aldaiza Oliveira. *Mapa da exclusão/inclusão na cidade de São Paulo*. São Paulo: Educ, 1996. 126p.
- TISSÉ, Maria Cristina. Deficiência e trabalho no setor informal: considerações sobre processos de inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, dez. 2000, v. 9, n. 1-2, p. 77-86.
- UCHOA, Elizabeth. Epidemiologia e antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: Canesqui, Ana Maria. *Ciências Sociais em Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997, p. 87-109. Capítulo 5.
- WEBER, Max. *Economia e sociedade*. Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília, 1999. 584 p.
- WERNECK, Cláudia. *Manual sobre desenvolvimento inclusivo para a mídia e profissionais de comunicação*. Realização e organização Escola de Gente. Comunicação em inclusão para o Banco Mundial. Rio de Janeiro: WVA Ed., 2004. 93 p.
- \_\_\_\_\_  
Recebido em 17/03/2009  
Aprovado em 27/07/2009