

Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do *trabalho vivo*¹

Community health workers: bioethic and legal aspects of living labour

Selma Vaz Vidal

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: vazvidal@yahoo.com.br

Luís Cláudio de Souza Motta

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Centro Universitário Serra dos Órgãos. Curso de Graduação em Medicina e Curso de Graduação em Fisioterapia. Teresópolis, RJ, Brasil.

E-mail: lcmotta@hotmail.com

Rodrigo Siqueira-Batista

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Medicina e Enfermagem. Viçosa, MG, Brasil.

Universidade Federal Fluminense. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Niterói, RJ, Brasil.

E-mail: rsbatista@ufv.br

Resumo

Os agentes comunitários de saúde (ACS) - que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) - são trabalhadores residentes na comunidade que desenvolvem ações de promoção e de educação em saúde, por meio de visitas domiciliares às famílias do território em que atuam. Este artigo apresenta uma revisão do marco histórico e legal dessa categoria profissional e sua inserção no mundo do *trabalho vivo*. São discutidos, à luz da literatura pertinente, os condicionantes desejáveis para a formação do ACS diante da diversidade das relações estabelecidas por esses profissionais com as famílias, tendo em vista os problemas que surgem no âmbito das ações de cuidado, tais como doenças, desemprego, pobreza, uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas, risco pelo contato direto e indireto com pessoas que vivem na ilegalidade, entre outros. A partir dessa perspectiva, a bioética pode ser proposta como saber essencial à composição de uma caixa de ferramentas mínimas, capaz de instrumentalizar o ACS para a identificação e o enfrentamento dos problemas éticos emergidos no espaço-tempo da ESF.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Bioética; Educação Permanente.

Correspondência

Selma Vaz Vidal

Rua Salma Repani, 31.

CEP 29900-409. Magé, RJ, Brasil.

¹ Este artigo é parte da tese de doutorado de Vidal intitulada “Bioética, Educação e Estratégia Saúde da Família: entre práxis e paidéia”, a qual se articula ao projeto “Bioética na formação do profissional de saúde: construindo discursos e práxis no espaço-tempo da Estratégia de Saúde da Família”.

Abstract

Community health agents - who make up the Family Health Strategy team - are workers who live in the community and conduct health promotion and education actions, by means of home visits to families within the territory where they work. This article presents a review of the historical and legal framework of this professional category and its insertion into the world of *living work*. We discuss, in the light of relevant literature, the desirable conditions for the agent's education given the diversity of relations established by these professionals to families, having in mind the problems that arise within care action, such as diseases, unemployment, poverty, licit and illicit drug use/abuse, risk due to direct and indirect contact to people living in illegality, among others. From this perspective, bioethics may be proposed as a key knowledge regarding the composition of a minimum toolbox, able to provide the community health agent with tools to identify and cope with the ethical problems emerging from the space-time of Family Health Strategy.

Keywords: Community Health Worker; Bioethics; Continued Education.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como expressão da Atenção Primária à Saúde (APS) - também conhecida no Brasil como Atenção Básica -, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e de proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Brasil, 2007). Nesse sentido, a APS orienta-se pelos princípios da acessibilidade, do vínculo, da responsabilidade, da humanização, da participação social e da coordenação do cuidado (Brasil, 2007). Ademais, possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde, o que é denominado "atenção longitudinal". O foco da atenção inclui a pessoa, a família e a comunidade, e não simplesmente a doença (Brasil, 2009a).

A ESF tem concorrido para materializar, no âmbito da APS, a superação do paradigma da assistência na centralidade biomédica, de primazia "hospitalocêntrica" e prescritiva (curativa), para que ele possa ser substituído pela garantia constitucional do acesso de todo cidadão à saúde e aos diversos níveis de complexidade na atenção requerida - primária, secundária ou terciária -, com envolvimento do usuário em novos hábitos de vida, visando à promoção à saúde e à prevenção de doenças.

A *práxis* - cuja "finalidade da ação está na própria ação", em termos éticos e políticos, como bem caracterizado por Aristóteles (2002, p. 132) - desse cuidado requer a implementação da Educação Permanente (EP), que aproxima a educação da vida cotidiana, a partir do reconhecimento do potencial educativo do "trabalho vivo em saúde", de acordo com a leitura de *O capital* de Karl Marx (1998) realizada por Merhy (2007). Em outros termos, na atividade laboral também se aprende. A ideia é transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho. No caso da ESF, essa perspectiva não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe (Brasil, 2009b).

Nesse cenário, identifica-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional exclusivo da ESF com especificidade de atuação em múltiplas

demandas territoriais junto à coletividade (Gomes et al., 2010). Com efeito, eles estão mais identificados culturalmente com as pessoas que compõem o território da unidade da ESF e, por este pertencimento, sua função pode ser comparada à de uma ponte que interliga a equipe, o serviço de saúde e as famílias.

Nesse âmbito da educação – enfatizando a EP –, a inclusão da bioética² como um dos saberes para a composição dos processos de EP na APS constitui uma aposta na formação ética dos membros da equipe da ESF, especialmente dos ACS – escopo deste estudo. As competências nas dimensões éticas da atuação laboral instrumentalizam os ACS para que lidem com a diversidade das relações estabelecidas com as famílias, nas quais os problemas – como doenças, desemprego, pobreza, uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas, convivência com pessoas que vivem na ilegalidade, entre outras – constituem um genuíno desafio no âmbito do cuidado continuado. Assim, é reconhecido que, no caso do ACS,

[...] a formação e desenvolvimento profissionais sugerem a identificação técnica, ética e humanística do que compete ao profissional de saúde e que competências são requeridas para que os usuários das ações e serviços de saúde se sintam atendidos em suas necessidades diante de cada prática profissional (Brasil, 2004, p. 48-49).

Vale a ressalva de que o termo “competência” é extremamente polissêmico (Siqueira-Batista et al., 2013) e, portanto, abarca díspares significados. No caso, deve ser reconhecido que para além da formação técnica do ACS, na construção de competências nas dimensões éticas – dirigidas ao cuidado junto aos usuários/famílias da comunidade – se estabelece no processo histórico de conquista da condição de sujeito autônomo, pertencente ao coletivo e inscrito no mundo do trabalho (Lima, 2005), o qual tem, em sua atuação, a pretensão de usar ferramentas da bioética coerentes e afins com a construção de um sistema de saúde mais justo e equânime, de acordo com o ideário do Movimento da Reforma Sanitária (Cotta et al., 2013).

Ademais, no “Referencial Curricular do Curso Técnico de ACS” (Brasil, 2004), pondera-se que a [...] concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional, possibilitando aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores – domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de auto-planejamento, de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho (Brasil, 2004, p. 11).

Desse apontamento, surgem questões ambíguas sobre as possibilidades de o ACS *ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho*, na medida em que (i) poucas investigações têm sido desenvolvidas em torno dos problemas bioéticos na ESF (Motta, 2012; Zoboli; Fortes, 2004) e, igualmente, (ii) por esses trabalhadores não possuírem um Código de Ética Profissional próprio. Nesses termos, de quais recursos os ACS podem se valer diante das situações bioéticas persistentes encontradas em seu *trabalho vivo* na ESF?

Com base nessas considerações, este artigo apresenta uma revisão do marco histórico e legal da categoria profissional dos ACS e de sua inserção no mundo do trabalho. É proposta a discussão acerca dos condicionantes desejáveis para a formação do ACS – na esfera da educação permanente –, e apresentado o estudo da bioética como uma *aposta*, reconhecendo-a como essencial para a formação desse profissional.

Agentes Comunitários de Saúde: uma breve (e intensa) história

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) – criado em 1976 e implantado em alguns municípios dos estados brasileiros – teve uma característica diferenciada na contratação de recursos humanos, na medida em que intensificou o recrutamento de pessoas com baixa escolarização,

² De acordo com Reich (1995), a bioética é o “estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar” (p. XXXII).

moradoras das próprias comunidades e beneficiadas com este serviço, multiplicando as experiências de práticas de saúde com trabalhador não qualificado no cenário da APS (Pessôa, 2005). Além disso, esse programa contemplava outras instituições não governamentais, como a Pastoral da Criança e a Pastoral da Saúde, que realizavam ações em saúde mediante parceria voluntária com os moradores das comunidades (Corbo; Morosini; Pontes, 2007).

Nesse contexto, destaca-se também o exemplo da experiência ocorrida em 1987 no PIASS, na qual foram convocados trabalhadores das comunidades e cognominados Agentes Comunitários do Ceará, para a realização de ações de saúde na APS. Nessa ocasião “foram contratados 6.113 trabalhadores, dos quais a grande maioria era composta por mulheres” (Durão et al., 2009, p. 229). Pode-se considerar esse fato como parte de um movimento oriundo da 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, que gerou a carta de intenções da Declaração de Alma-Ata em 1978 e, posteriormente, em 1986, a Carta de Ottawa (Brasil, 2002). Tais marcos históricos fundaram a construção de um processo idealizador da promoção à saúde em três aspectos principais que se consolidaram em etapas diuturnas: (a) a estratégia, (b) a interface na intersectorialidade, (c) a esfera de participação social, com ênfase na reorientação dos serviços de atenção à saúde.

Nos anos 1970 e 1980, chega ao Brasil essa concepção de promoção à saúde em uma conjuntura de repressão e censura - no contexto da ditadura militar. Sem embargo, o processo de luta pela democracia avança com as manifestações populares e da sociedade civil organizada, reverberando, em termos da saúde, no Movimento da Reforma Sanitária (MRS), o qual mobilizou diversos setores em um amplo debate político, apresentando-se de modo estruturado nas universidades, na esfera sindical e em experiências regionais de organização de serviços (Cotta et al., 2013). Destaca-se que o MRS é considerado o mais importante aglutinador de forças para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Monteiro; Previtalli, 2011). Esse grande avanço na concepção da saúde brasileira foi afiançado na Constituição Federal, de 1988, em seu artigo art. 196 - “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido

mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988) - e, igualmente, na Lei 8080/90. No entanto, os referenciais ético-políticos do SUS - universalidade, equidade e integralidade - fragilizaram-se ao se defrontarem com “os contingenciamentos financeiros e as diretrizes restritivas da reestruturação macroeconômica de contornos neoliberais, expressas na Reforma do Estado e nas iniciativas de redução da face pública e social do Estado brasileiro” (Morosini, 2010, p. 49).

Foi no governo de Fernando Collor de Mello, sob a égide do neoliberalismo e da expansão do capitalismo (Sallum Jr., 2011), que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado, no ano de 1991, baseado na experiência bem sucedida dos agentes de saúde do Ceará (Durão et al., 2009). Considera-se que o agravamento da desigualdade social, com o aumento da pobreza e a restrição de acesso às políticas públicas - tais como educação, saúde, trabalho e renda, entre outras - delineou a característica inicial dos ACS, a maioria mulheres e com baixa escolaridade. Cabe um parêntese, a fim de ressaltar a semelhança da visão capitalista e mercadológica da saúde, de acordo com a qual o SUS é “para os pobres” e os ACS compõem uma profissão concebida para o “atendimento aos pobres” (Durão et al., 2009; Paim, 2009).

Dessa forma, o ACS representava a força de trabalho essencial aos programas da APS e sobre ele recaiu a responsabilidade de “desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade com supervisão competente” (Brasil, 1999) (art. 1 do Decreto Federal nº 3.189/1999, que fixou as diretrizes para exercício das atividades do ACS). Com efeito, o PACS financiou uma equipe composta de ACS, que, na época, eram trabalhadores leigos recrutados na própria comunidade para atuar em ações de vigilância e de educação em saúde. Destaca-se que esse financiamento ocorria por meio da celebração de convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), ampliando os serviços ofertados. Esses programas “têm em

comum a figura do ACS como elemento inovador no quadro funcional, sobre o qual recai expectativa de mediação e facilitação do trabalho de atenção básica em saúde” (Bornstein; Matta; David, 2009, p. 194).

Pela velocidade de expansão do Programa Saúde da Família, o Ministério da Saúde, em 2004, consolidou esse modelo em termos da Estratégia Saúde da Família (ESF), transição sustentada por um processo que vem permitindo a real substituição da lógica de organização da tradicional rede de APS, sob o domínio dos municípios, pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. A ESF representa um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e pela organização do sistema de saúde no Brasil (Brasil, 2011). A partir da nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o PACS tornou-se a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), sendo necessária para sua implantação a existência de um enfermeiro para até, no máximo, doze e, no mínimo, quatro ACS (Brasil, 2013).

Os marcos legais da profissão do Agente Comunitário de Saúde

A profissão de ACS foi reconhecida pela Lei nº 11.350/2006, com exercício exclusivamente no âmbito do SUS. Porém, foi a Emenda Constitucional nº 51/2006 que previu a contratação desse profissional por meio de processo seletivo público, enquanto a lei nº 11.350/2006 estabeleceu o regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para esses trabalhadores. A despeito desses dispositivos jurídicos, a lei “ainda não possibilitou garantia efetiva da formalização de contratação, nem clareza quanto ao processo de trabalho” (Mota; David, 2010, p. 230).

No Brasil existem mais de 257 mil ACS desenvolvendo ações de promoção e de vigilância em saúde e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (Brasil, 1999). Após a promulgação do arcabouço legal que definiu as atribuições dos ACS, delimitaram-se as exigências formativas desses profissionais, além dos requisitos *sine qua non*

para seu trabalho: (i) residir na área de atuação; e (ii) ter concluído o ensino fundamental e o curso de qualificação básica de ACS. Diante disso, surgem algumas indagações: (a) Na perspectiva nacional, esses critérios atenderam à realidade dos entes federados e à legalidade constitucional? (b) Como realizar concurso para ACS, se esses servidores devem ser moradores das comunidades que atuam?

Em um exame mais minucioso, observa-se, em muitas oportunidades, um conflito entre os municípios e o Ministério Público do Trabalho, o qual não aceitou a inserção do ACS no serviço público por vínculo de trabalho indireto - modalidade cada vez mais habitual, para a desoneração da folha de pagamento -, efetivando a contratação de ACS por meio de terceirização de entidade filantrópica, Organização Social (OS), ou Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Junqueira et al., 2010).

O entendimento é que o ACS executa atividade finalística e, portanto, sua inserção deve seguir os parâmetros da Constituição Federal de 1988, contida no inciso II do art. 37, que determina o concurso como único modo de ingressar no serviço público. Nesse sentido, não há como garantir que o candidato seja necessariamente morador do território em que atuará ao ser aprovado e empossado como ACS. Em muitos casos, os municípios abrem um processo de seleção pública, por meio de um edital, como uma alternativa provisória. Nesse ínterim, o ingresso dos ACS ao serviço público é marcado pelo debate ideológico e muita das vezes, político-partidário de lideranças locais (Bornstein; David; Araújo, 2010).

Dentro dessas imprecisões, o processo do amparo legal da categoria do ACS ainda não reflete a relevância da atividade laboral e social prestada por ele. Tampouco, há diretivas deontológicas para atuação do profissional, pois, segundo informações disponíveis no sítio do Conselho Nacional de Agentes Comunitários de Saúde do Brasil³, os ACS ainda estão com seu código de ética profissional em construção. Desse ponto surge a questão: o código de ética deve ser próprio ou deve estar vinculado a outro conselho profissional? No caso de estar vinculado a outro conselho, a qual deles? A indefinição na sistemati-

3 Informação retirada de CONACSB. Conselho Nacional de Agentes Comunitários de Saúde do Brasil. João Pessoa, PB, 2013. Disponível em: <<http://www.conacsb.org.br>>. Acesso em: 3 jan. 2014.

zação de normas sobre a conduta ético-profissional dos ACS – pautada em princípios, deveres, direitos, responsabilidades e proibições que sustente o fazer cotidiano – urge ser construída.

Esse quadro se revela no atendimento do ACS à família, que, além de referir doenças, pode e deve definir condições nas quais as pessoas se encontram (Brasil, 2009a). Na sua prática cotidiana, pode haver confidências atinentes a problemas sociais que exigem sigilo profissional e/ou da justiça, que implicam em questões legais, tais como, violência intrafamiliar, problemas relacionados à moradia e ameaça pelo crime organizado, entre outros (Magalhães et al., 2013; Polaro; Gonçalves; Alvarez, 2013). Como proceder diante dessas questões presentes no ambiente familiar e no território? Como garantir a integridade do ACS junto ao núcleo familiar que vivencia esses conflitos no tecido social? Como minimizar riscos e promover encaminhamentos necessários com os membros da equipe da ESF?

Na prática, sem a efetivação da legislação pertinente aos ACS, essas situações são causas de vulnerabilidade, tornando a categoria sem poder de negociação e de escolha, o que tem causado sofrimentos, angústias e incertezas, além da rotatividade na função dos ACS, na medida em que, concordando com Mészáros (2006, p. 37), “a precarização e a insegurança avançam por toda parte no mundo do trabalho”. Esses conflitos, instabilidades e indefinições no exercício da profissão dos ACS, sem a fixação do valor de um piso salarial, faz com que muitos municípios mantenham a característica do contrato de trabalho por tempo determinado, utilizando-o, espuriamente, como moeda de troca política.

Uma das interfaces importantes nesse instável contexto diz respeito à formação dos ACS, na medida em que a educação bem dirigida pode trazer subsídios, aos profissionais, para o enfrentamento das dificuldades e dos dilemas.

A formação do Agente Comunitário de Saúde

As políticas de formação dos ACS abrangem programas disponibilizados pelo município, governo estadual e federal, entre eles: a Escola-Técnica (ET-SUS) e o Telessaúde, tecnologia de suporte educacional

ao desenvolvimento do SUS e da APS/ESF. Esse processo é embasado na aquisição de competências, consolidadas no Referencial Curricular Técnico de Agente Comunitário de Saúde (RCT-ACS) – publicado pelo Ministério da Saúde, em 2004 (Brasil, 2004) – documento em que estão explicitados os pressupostos curriculares para a formação dos ACS, tendo em vista a inclusão de três etapas, distribuídas da seguinte forma:

Etapa I - formação inicial: contextualização, aproximação e dimensionamento do problema. O perfil social do técnico agente comunitário de saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS – carga horária 400 horas.

Etapa II - desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes – carga horária 600 horas.

Etapa III - desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário – carga horária 200 horas.

A prática profissional deve ser incluída na carga horária de cada etapa.

O estágio supervisionado, quando necessário, será acrescido à carga horária do curso e seu plano deverá ser explicitado (Brasil, 2004, p. 21).

As etapas propostas – especialmente a II e a III – expõem claramente que o processo educativo deve estar articulado ao “desenvolvimento de competências”. Nesse âmbito, é importante comentar que o conceito de competência está inscrito na visão do trabalho como conjunto de acontecimentos – “com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição –, que implica no abandono da noção de disponibilidade de um estoque de saberes, para se transformar em capacidade de ação diante de acontecimentos” (Zarifian, 1998, p. 33). Assim, no RCT-ACS, a competência é entendida como a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, “segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades” (Brasil, 2004, p. 47). Ademais, recomenda-se que na formação do perfil

[...] as competências [...] expressem uma dimensão da realidade de trabalho deste profissional e representem um eixo estruturante de sua prática, ou seja, uma formulação abrangente e generalizável, de acordo com a perspectiva de construção da organização do processo de formação e de trabalho. Além disso, deve-se partir do pressuposto de que a competência profissional incorpora três dimensões do saber: o saber-conhecer, o saber-ser e o saber-fazer, as quais estão expressas nas habilidades (saber-fazer), nos conhecimentos (saber-conhecer) e nas atitudes (saber-ser) (Brasil, 2004, p.49).

A formação profissional - orientada por competências - e a educação permanente dos ACS ganham relevância - tendo em vista o *saber-fazer*, o *saber-conhecer* e o *saber-ser* - na medida em que possibilitam a reflexão crítica sobre as práticas e o reconhecimento dos sujeitos como agentes ético-políticos, capazes de questionar as condutas e os valores:

A educação deveria cumprir o papel de orientar e potencializar iniciativas de transformação das práticas de saúde para que o profissional seja capaz de aproximar-se dos problemas e das necessidades encontradas no cotidiano do trabalho, na perspectiva de problematizar, inclusive, os significados dos valores e condutas morais presentes nas comunidades (Fontoura et al., 2004, p. 77).

Na perspectiva de “potencializar iniciativas de transformação das práticas de saúde” (Fontoura et al., 2004, p. 77), deve ser demarcada, em relação à qualificação profissional dos ACS, a existência de três dimensões que se interligam (Ramos, 2001): a **conceitual**, atinente à formação e à certificação do trabalhador; a **experimental**, concernente ao conteúdo real do processo educativo, incluindo os saberes implícito; e a **social**, que diz respeito à qualificação no domínio das relações interpessoais. No contexto de velozes e constantes transformações dos arranjos sociais, o conceito de competência mantém os processos formativos em constante questionamento, em razão do esmaecimento de suas esferas conceitual e social e do concomitante fortalecimento do âmbito experimental. Em contraposição a tal cenário, devem

ser valorizadas (i) a subjetividade e (ii) as experiências trabalhador/aprendiz, fortalecendo a ideia de que os movimentos ensino-aprendizagem deslizam para além dos conhecimentos formais adquiridos, compondo-se, outrossim, a partir das diversas experiências que vivencia (Ramos, 2001).

Não se pode perder de vista, no entanto, a relevância em adotar uma perspectiva crítica em relação aos currículos por competência, dadas as mudanças no padrão de acumulação econômica e as novas formas de exploração do trabalho (Siqueira-Batista et al., 2013), em termos das conformações adquiridas pelo capitalismo tardio, no bojo das sociedades de controle (Deleuze, 1992). No entanto, a concepção de competência - em sua perspectiva dialógica (Lima, 2005) - parece apontar para uma fronteira libertadora, na qual há possibilidade de reconfiguração da formação dos trabalhadores da área da saúde, no sentido de aproximar a educação profissional não apenas das necessidades biológicas - ou mais diretamente relacionadas ao que se costuma entender por saúde e por doença -, mas também do terreno ético-político, que poderá contribuir para a construção de lógicas mais solidárias de existência nas relações entre as pessoas (Siqueira-Batista et al., 2013).

Bioética: eixo transversal na formação em saúde

A bioética pode ser entendida como eixo transversal na formação em saúde (Rego; Gomes; Siqueira-Batista, 2008), fornecendo ferramentas teóricas capazes de facilitar a atuação na realidade vivida pelo ACS, na comunidade, estabelecida em termos de distintas relações - com (1) os usuários, (2) os membros da equipe da ESF, (3) a rede, (4) a gestão, (5) o meio ambiente e (6) as circunstâncias para a articulação em termos da educação permanente em saúde, entre outras -, as quais, muitas vezes, albergam problemas, conflitos e dilemas éticos que necessitam da elaboração de argumentos que sustentem os posicionamentos e decisões adotados. De fato, a bioética diz respeito a um campo teórico e de *práxis* que proporciona - com a utilização de métodos aplicáveis a partir de suas diversas correntes (Rego; Palacios; Siqueira-Batista, 2009) - uma contribuição significativa para a saúde pública e para a clínica,

de modo a considerar o bem individual e o coletivo (Rego, 2007; Motta; Vidal; Siqueira-Batista, 2012).

Esses elementos relacionais convergem para três principais ordens de problemas bioéticos na APS/ESF: (1) as relações entre os profissionais e os usuários do sistema de saúde; (2) as relações entre os profissionais no domínio da equipe; e (3) as relações ético-políticas na esfera do SUS. Tal delimitação está intimamente articulada aos resultados da pesquisa realizada por Zoboli e Fortes (2004), em São Paulo, que explicitou problemas éticos vividos na *práxis* cotidiana da APS. Uma quarta ordem percebida - e não claramente explicitada na literatura contemporânea - diz respeito (4) aos problemas bioéticos da saúde vinculados à esfera ambiental (Guimarães et al., 2013; Marzari et al., 2013; Vidal, 2014). Destaca-se que, de um modo geral, os artigos apontam para a centralidade dos problemas éticos que interpenetram as relações conflituosas, que, muitas vezes, não são identificados pelos profissionais das equipes de saúde como questões bioéticas. Essa foi, precisamente, a conclusão do estudo de Motta (2012), realizado na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro.

A bioética constitui-se em um instrumento válido para o enfrentamento de problemas morais e, segundo Schramm,

[...] tem em vista os conflitos de interesses e de valores que emergem das práticas [humanas] e, para poder dar conta de tais conflitos, (a) se ocupa de descrevê-los e compreendê-los da maneira mais racional e imparcial possível; (b) se preocupa em resolvê-los, propondo as ferramentas que podem ser consideradas, por qualquer agente moral racional e razoável, mais adequados para proscrever os comportamentos incorretos e prescrever aqueles considerados corretos; e (c) que, graças à correta articulação entre (a) e (b), fornece os meios capazes de proteger suficientemente os envolvidos em tais conflitos, garantindo cada projeto de vida compatível com os demais. (Schramm, 2005, p. 3).

Esses elementos de raciocínio formam critérios que irão compor as tomadas de decisão do sujeito “operador de relações”. Ademais, vale ressaltar a necessidade da criação de espaços de formação

em bioética com pequenos grupos e com a escolha de métodos que sejam compatíveis com o objetivo educacional. Podem-se citar como exemplos: (1) discussão de casos; (2) *role-playing*; (3) clubes de debate e competições; (4) discussão de filmes; e (5) ensino direto de teorias éticas (Rego; Gomes; Siqueira-Batista, 2008). Esses espaços poderiam estar presentes na formação inicial do ACS - referida no RCT-ACS, conforme anteriormente comentado -, destinando-se uma carga horária específica (por exemplo, 60 horas), entre as 1.200 horas previstas, para a aquisição de conceitos bioéticos essenciais, utilizando para isso metodologias ativas de ensino-aprendizagem (Mitre et al., 2008). Mas, evidentemente, essa aproximação não seria suficiente para a formação bioética do ACS, devendo ser associada à discussão do tema no âmbito da educação permanente, a partir da problematização da realidade da ESF/APS (Gomes et al., 2012) - com identificação dos problemas bioéticos - e da proposição dos melhores modos de encaminhamento desses profissionais. Nesse segundo domínio, a condução do processo de formação bioética do ACS estaria a cargo da própria equipe da ESF.

Nesses termos, a educação bioética dos ACS - e, diga-se de passagem, dos demais membros da ESF (ainda que esse não seja o escopo deste artigo) - deve ter o objetivo de (i) fornecer ferramentas de utilização cotidiana para atuar/transformar a realidade - em termos ético-políticos -, sob a perspectiva das diversas correntes bioéticas; (ii) de promover a aplicação de métodos que podem *empoderar/libertar* o trabalhador em suas atuações frente aos problemas, conflitos, dilemas e bioéticos, na medida em que permite visibilizar as situações persistentes em bioética na comunidade e, igualmente, (iii) de permitir a avaliação e a proposição das devidas (re) orientações de um facilitador, mediante a observação direta da *práxis* do profissional do SUS no *locus do trabalho vivo*.

Vale ressaltar, nesse âmbito, que o *empoderamento/libertação* aqui proposto - entendido como o “processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde [...], ampliando as possibilidades de controle dos aspectos significativos

relacionados à sua própria existência” -inscreve-se em uma articulação teórica entre as concepções de Amartya K. Sen (Sen, 2001, 2002) e de Paulo Freire (Freire, 2003), de acordo com o entendimento de diferentes autores (Garrafa, 2005): “Amartya Sen expressa empoderamento para aquilo que Paulo Freire chama de libertação daqueles cidadãos que logram sua inclusão social; entretanto, este traz uma concepção mais ampla e generosa do cidadão que se liberta da situação de exclusão por meio da educação” (Martins et al., 2009, p. 685).

O *empoderamento/libertação* referente às pessoas e às comunidades - que se propõe, poderá advir, dentre outros aspectos, da atuação do ACS - é pensável em termos da autoconsciência dos próprios ACS, que poderão - uma vez *empoderados/libertos* - delimitar conceitualmente os referenciais bioéticos úteis para o seu saber/fazer, e essa compreensão concorrerá, inclusive, para a efetiva proposição do Código de Ética profissional próprio, ao qual estarão submetidos.

Considerações finais

Os ACS apresentam um “caráter particular” no SUS, na medida em que são profissionais exclusivos desse sistema - mais especificamente da APS - e, também, por constituírem uma força de trabalho importante para a saúde, na consolidação da ESF. No entanto, a história desses trabalhadores - desde que surgiram no cenário do SUS - é marcada pelo enfrentamento de enormes desafios e de lutas para que (1) se tornem profissionais da área da saúde, (2) adquiriram melhores condições de trabalho e (3) aprimorem sua qualificação profissional (Monteiro; Previtali, 2011).

Destaca-se, igualmente, que o marco legal estabelecido no país não acompanhou o embasamento da profissão dos ACS nas indefinições da gestão pública, o que tem concorrido para a emergência de problemas éticos-políticos advindos, dentre outros aspectos, da dicotomia que surge entre a conduta adotada pelo ACS e aquilo que a lei preconiza para a realização do trabalho do mesmo com as famílias na comunidade.

Os pontos nevrálgicos do desafio da inserção dos ACS na ESF delineiam-se na desprecarização do

vínculo de trabalho e na manutenção da qualificação profissional com a realização do Curso de Formação Técnica de ACS. Além disso, a problematização dos conflitos vividos pela equipe, nos aspectos da formação de vínculos e do cuidado longitudinal, requer um processo de educação permanente como meta, não só para os ACS, mas de toda equipe da ESF. Nesse contexto, como uma disciplina que possibilita o fomento a condutas autônomas, por parte dos sujeitos, a partir da criação de argumentos que sejam constituídos pelas vivências e por conceitos, diferentemente da conduta heterônoma adotada por sugestões de imagens midiáticas, econômicas ou de mercado, a bioética pode contribuir decisivamente para o saber-fazer desses profissionais.

Na prática de um trabalho *autônomo e vivo* dos ACS - em uma perspectiva afim às ponderações de Merhy, ou seja,

é neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde; as tecnologias articuladas à produção dos processos interseçores, as das relações, que se configuram, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras (Merhy, 2007, p. 51)

Disso, surgem diversas questões e dilemas diante da complexidade da vida, no âmago social dos territórios das comunidades, mas que delinearão respostas por meio das realizações possíveis. Inquieta pensar que o cultivo de valores e do ensinar-aprender de modo ético, torna o processo do trabalho humanizado, concorrendo para a construção de uma *práxis* libertadora e fraterna.

Referências

- ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Martin Claret, 2002.
- BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L.; ARAÚJO, J. W. G. de. Agentes Comunitários de Saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 93-101, 2010.

BORNSTEIN, V. J.; MATTA, G. C.; DAVID, H. O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em saúde. In: MONKEN, M.; DANTAS, A. V. *Estudos de politécnica e saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. v. 4, p. 191-220.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 out. 1988. Seção I. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 jan. 2012.

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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 out. 1999. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/111303/decreto-3189-99>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília, DF, 2007. (Coleção progestores: para entender a gestão do SUS, 8). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, DF, 2009a. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política nacional de educação permanente em saúde*. Brasília, DF, 2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série pactos pela saúde 2006, v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção básica e a saúde da família*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php>. Acesso em: 18 ago. 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Passo a passo das ações do Departamento de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2013. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passos_a_passos_dab.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2014.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. de M. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007. p. 69-106.

COTTA, R. M. M. et al. *Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas*. Viçosa: UFV, 2013.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: _____. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 219-226.

DURÃO, A. V. et al. Analisando o processo de qualificação do Agente Comunitário de Saúde (ACS). In: MONKEN, M.; DANTAS, A. V. *Estudos de politécnica e saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. v. 4, p. 191-219.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FONTOURA, M. D. et al. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde. *Revista de Saúde do Distrito Federal*, Brasília, DF, v. 15, n. 3/4, p. 67-77, 2004.

GARRAFA, V. Painel “Bioética: inclusão e justiça social”. VI Congresso Nacional da REDE UNIDA, Belo Horizonte, MG: [s.n], 2005.

- GOMES, A. P. et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre *episteme* e *práxis*. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 541-549, 2012.
- GOMES, K. O. et al. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, 2010.
- GUIMARÃES, F. T. et al. Educação, saúde e ambiente: as concepções dos Agentes Comunitários de Saúde. *Ensino, Saúde e Ambiente*, Niterói, v. 6, n. 1, p. 77-88, 2013.
- JUNQUEIRA, T. S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.
- LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação dos profissionais da saúde. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005.
- MAGALHÃES, K. A. et al. A habitação como determinante social da saúde: percepções e condições de vida de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-72, 2013.
- MARTINS, P. C. et al. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 679-694, 2009.
- MARZARI, C. K. et al. Realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 77-84, 2013.
- MARX, K. *O capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MÉSZÁROS, I. Desemprego e precarização: um grande desafio para esquerda. In: ANTUNES, R. (Org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 27-44.
- MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2133-2144, 2008. Suplemento 2.
- MONTEIRO, M. A. G. S.; PREVITALI, F. S. A política de formação profissional dos agentes comunitários de saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos. *Revista Labor*, Fortaleza, v. 1, n. 5, p. 141-163, 2011.
- MOROSINI, M. V. G. C. *Educação, trabalho e disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.
- MOTA, R. R. de A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-248, 2010. Disponível em: <<http://www.revista.epsvj.fiocruz.br/upload/revistas/r297.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.
- MOTTA, L. C. de S. *O cuidado no espaço-tempo do Oikos: sobre a bioética e a estratégia de saúde da família*. 2012. Dissertação. (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC-UFRJ), Rio de Janeiro, 2012.
- MOTTA, L. C. S.; VIDAL, S. V.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética: afinal, o que é isto? *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 10, n. 5, p. 431-439, 2012.
- PAIM, J. S. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).
- PESSÔA, L. R. Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Rio de Janeiro: BVMS, 2005. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/luisa_pessoa_p2_2005.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2012.

- POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 935-942, 2013.
- RAMOS, M. N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. *Revista Formação*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 1, n. 2, p. 5-16, 2001.
- REGO, S. Contribuições da bioética para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2530-2531, 2007.
- REGO, S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 482-491, 2008.
- REGO, S.; PALACIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. *Bioética para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).
- REICH, W. T. Introduction. *ENCYCLOPEDIA of bioethics*. 2. ed. Nova York: Simon & Schuster: Macmillan, 1995. p. XXXII.
- SALLUM JR, B. Governo Collor: o reformismo liberal e a nova orientação da política externa brasileira. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 2, p. 259-288, 2011.
- SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção: justificativas e finalidades. *Revista Iatro*, Teresópolis, v. 1, p. 121-130, 2005.
- SEN, A. K. *Desigualdade reexaminada*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SEN, A. K. ¿Por qué la equidad en salud? *Pan American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 11, n. 5/6, p. 302-309, 2002.
- SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 159-170, 2013.
- VIDAL, S. V. *Bioética, educação e estratégia saúde da família: entre práxis e paidéia*. 2014. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC-UFRJ), Rio de Janeiro, 2014.
- ZARIFIAN, P. A gestão da e pela competência. In: SEMINÁRIO EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, TRABALHO E COMPETÊNCIAS. Rio de Janeiro: Centro Internacional para a Educação, Trabalho e Transferência de Tecnologia, 1996.
- ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, 2004.

Agradecimento

Os autores são gratos ao CNPq, à FAPEMIG e à FUNARBE pelo apoio financeiro à pesquisa.

Contribuição dos autores

Vidal participou da concepção do artigo com a cooperação de Siqueira-Batista trabalhando na redação da primeira versão do texto. Motta e Siqueira-Batista revisaram criticamente o manuscrito, o qual foi aprovado por todos os autores antes da submissão.

Recebido: 16/09/2013

Reapresentado: 11/02/2014

Aprovado: 07/04/2014